VOL. 27 N.º 4

ANAIS BRASILEIROS
DE
DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

DEZEMBRO DE 1952

PUBLICAÇAO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

ARSENOTERAPIA
INTRAMUSCULAR

ACETYLARSAN

Óxi-acetilamino-fenilarsinato de dietilamina

SOLUÇÃO NEUTRA E ESTÉRIL
ALTO TEOR EM ARSÊNICO
AÇÃO ANALÉPTICA

SÍFILIS ADQUIRIDA OU CONGÊNITA
NEUROSSÍFILIS
ESPIROQUETOSES
AMEBÍASE
DERMATOSES DIVERSAS

ACETYLARSAN PARA ADULTOS

Caixas de 10 e de 100 ampolas de 3 cm³ de solução a 23,6%

ACETYLARSAN INFANTIL

Caixas de 10 e de 100 ampolas de 2 cm³ de solução a 9,4%

A marca de confiança

COMPANHIA QUÍMICA
RHODIA BRASILEIRA

CAIXA POSTAL 8095 — SÃO PAULO, S P

[illegible] - 101 - 459

CIBA
Nos estados
dolorosos
de origem espasmódica
ESPASMO-CIBALENA
Drágeas
Empôlas
Supositórios
Produtos Químicos CIBA S.A.

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia
Caixa postal 389 — Rio de Janeiro

VOL. 27 | DEZEMBRO DE 1952 | N.º 4

Contribuição para o diagnóstico nas campanhas de tratamento em massa da framboésia

Charles R. Rein

Todos admitem que o laboratório sorológico pode e deve ter um papel importante nas campanhas de tratamento em massa da framboésia. A decisão sôbre quando devem ser feitos exames sorológicos de rotina, quais os testes sorológicos a serem utilizados e qual a freqüência e a duração dos exames sorológicos pós-tratamento, dependerá de vários fatôres, entre êles estando incluídos: a adequação dos recursos laboratoriais, a possibilidade de se dispor de pessoal treinado, o clima, a geografia, os costumes, os hábitos, a cooperação das autoridades locais e internacionais, e muitas outras condições que variarão segundo as diferentes zonas do globo. Infelizmente, porém, nas áreas em que a incidência da framboésia é maior, é que os meios para um sôro-diagnóstico são menos adequados.

O ideal nas campanhas de tratamento em massa seria uma rigorosa investigação, de porta em porta, de maneira que tôdas as pessoas de uma determinada comunidade fôssem submetidas a um exame cuidadoso, em busca de sinais clínicos ou anamnésicos de framboésia, bem como a um exame sorológico. Muitas vêzes esta forma de investigação é impossível, impraticável, ou difícil demais. Repetidas vêzes já tem sido demonstrado que, se as autoridades sanitárias contarem com o comparecimento voluntário, sòmente 25 a 50 % da população apresentar-se-á para tratamento, enquanto que 80 a 90 % dos habitantes poderiam ser examinados e tratados por meio do emprêgo da visitação domiciliar.

Há inconvenientes bem claros numa campanha de tratamento baseada só em exames clínicos. Êste método deixaria escapar os doentes em fase de incubação de framboésia sem manifestações clínicas. Além disso, não seria possível descobrir os doentes de framboésia assintomática latente sôro-positiva, que poderiam desenvol-

---

Trabalho apresentado no Simpósio sôbre o Contrôle da Framboésia, março de 1952, Bangkok, Sião.
Do Departamento de Dermatologia e Sifilografia da Escola de Medicina para Post-Graduados da Universidade de New York (Chefe: Dr. Marion B. Sulzberger) e do Serviço de Pele e Câncer da Universidade de New York.

ver, mais tarde, recidivas cutâneas, estabelecendo, assim, novos reservatórios da infecção. Ainda mais, tomando-se ùnicamente por base, para um inquérito, o exame clínico, poder-se-ia incluir alguma doença não treponematosa capaz de regredir pela penicilinoterapia, causando, assim, um aumento ilusório do índice de cura. Este tipo de inquérito incluiria também doenças não treponematosas não curáveis pela penicilina, acarretando um falso decréscimo na porcentagem de cura. O número de pacientes sem doenças venéreas, sujeitos à penicilinoterapia, dependeria da acuidade diagnóstica dos clínicos. Também os dados anamnésticos, tomados isoladamente, acarretam um sem número de dificuldades. Os nativos cedo começam a pensar que vão receber "um remédio mágico", se disserem que tiveram framboésia e isso êles o fazem com satisfação, na esperança de que ficarão curados das dores ósseas, de indisposições diversas e outras doenças imaginárias.

Um inquérito exclusivamente sorológico sofre muitas restrições, a começar pelo retardamento que causaria a realização de exames sorológicos de casa em casa, em todos os habitantes.

Além do mais, o intervalo entre a indagação sorológica e a instituição do tratamento requer vários dias e muitas das pessoas necessitando de tratamento não seriam encontradas quando as equipes de tratamento as visitassem de novo.

Esta forma de investigação requereria amplos recursos laboratoriais, a fim de possibilitar o exame de um grande número de sangues, e de sorologistas bem treinados para interpretar os resultados.

O tratamento, em massa, da framboésia, pode ser realizado eficientemente mesmo antes de serem criados os meios de um sôro-diagnóstico perfeito. Às vêzes, é quase impraticável aguardar o estabelecimento de laboratórios modernos de sôro-diagnóstico, para a instituição do tratamento em massa.

Como já disse tão bem Magnuson (1), os problemas do combate à framboésia são semelhantes aos de abater aviões inimigos. "Quando o céu está cheio de aviões, o nosso primeiro cuidado é de enchê-lo ao máximo de petardos, a fim de que o dano que o inimigo possa causar seja reduzido ao mínimo. Em tais circunstâncias, o nosso principal intento é ter muitos homens para manejar suficientes armas e disparar tiros em número bastante na área de combate, de modo a abater a fôrça atacante. Quando, porém, o número de aviões atacantes é reduzido, mudamos nossa tática. É ridículo encher o céu de tiros para abater um ou dois aviões. Neste caso, necessitamos de mecanismos de pontaria de precisão, bem controlados e bem manejados".

Nas áreas de grande incidência, é exequível o tratamento das populações inteiras sem efetuar exames sorológicos. Nas áreas de

pouca incidência, entretanto, é muito necessário o cuidadoso exame sorológico, por meio de testes reconhecidamente possuidores de alto grau de sensibilidade e de especificidade.

Nas áreas em que a incidência de indivíduos com reações biológicas falsas positivas é constante, e onde diminui o número de doentes com framboésia, a proporção relativa das reações biológicas falsas positivas aumenta. É claro que há grande necessidade de um processo sôro-diagnóstico simples, pouco dispendioso, porém eficaz, nas áreas de baixa incidência da framboésia sub-desenvolvidas, sem recursos laboratoriais adequados e sem técnicos bem treinados.

Até agora ainda não ficou provado que o método do papel filtro, bem como as várias modificações da reação de Chediak, tenham suficientes sensibilidade e especificidade, como têm reações feitas com sôro no tubo de ensaio ou em lâminas (2). De acôrdo com minha experiência, o uso de tubos capilares, para colher amostras de sangue, tem sido satisfatório nos Estados Unidos, porém não seria aplicável ao problema da framboésia, diante da falta de recursos laboratoriais e de pessoal treinado.

A primeira fase de um programa de tratamento em massa é, portanto, o estabelecimento dos planos de ação. Os aspectos laboratoriais devem ser considerados sob dois pontos de vista: o do grupo geral e o do grupo piloto. A serem utilizados processos sôro-diagnósticos para o grupo geral, devem êles obedecer a uma seleção cuidadosa quanto ao tipo e à sensibilidade da reação, de acôrdo com certos fatôres, a saber:

a) método de colheita do sangue — se o único processo possível fôr por meio de picada no dedo, será necessário utilizar o método do papel de filtro, uma modificação da reação de Chediak, ou a técnica do tubo capilar;

b) nível de sensibilidade — usar a reação mais sensível que se puder, sem diminuir seu nível inerente de especificidade como processo seletivo.

Os indivíduos sôro-positivos poderão, então, ser cuidadosamente examinados e interrogados, tendo-se em mira sinais clínicos ou amnésicos de framboésia.

LIMITAÇÕES DOS INQUÉRITOS SOROLÓGICOS EM MASSA

(A) *Reações falsas negativas.* São de se esperar reações sorológicas negativas, durante o período de incubação da doença. Esta fase sôro-negativa pode persistir durante 6 semanas ou mais, após o contacto com framboésia infecciosa. A duração desta fase sôro-negativa dependerá de vários fatôres, dos quais fazem parte: a intensi-

dade do inoculum infeccioso, a imunidade individual do doente, bem como a sensibilidade e o tipo da reação empregada. Há algo indicativo de que na framboésia recente certas reações do tipo de fixação do complemento podem se mostrar positivas, antes das reações de tubo capilar e das reações de floculação em lâmina. A framboésia sôro-negativa pode ser devida a certos fatôres, tais como: 1) a quantidade de anticorpos circulantes ser mínima e não identificável pelas reações com sensibilidade comum; 2) haver tantos anticorpos que apareçam reações de zonas negativas; 3) o uso de sôro fresco, contendo grandes quantidades de substâncias inibidoras termoláveis; e 4) a presença de uma substância termoestável inibidora na fração albumínica do sôro.

Deve também ser assinalada a possibilidade de surgirem reações realmente negativas, em doenças não treponematosas, que podem simular a framboésia, como o impetigo, a úlcera tropical, as infecções piogênicas da pele e a hiperqueratose palmar e plantar traumática ou profissional. Doentes com dores articulares imprecisas, mal-estar, e outros sintomas de etiologia não treponematosa, podem também se apresentar para exame sorológico e tratamento.

(B) *Reações falsas positivas*. Conquanto seja verdade que a maioria das reações sorológicas positivas, obtidas com os antígenos lipóides não específicos, que utilizamos últimamente, são devidos às treponematoses e revelam, talvez, uma forma de resposta imunológica, não é menos certo também que alguns resultados positivos não têm relação com a framboésia e representam um fenômeno biológico geral. Tais reações falsas positivas podem ser causadas por distúrbios metabólicos e doenças infecciosas diversas e serem devidas a: 1) presença de substâncias parecidas a anticorpos e semelhantes aos que são produzidos nas treponematoses; 2) alteração da fração sôro-globulínica; ou 3) aumento ou alteração de um ou mais componentes químicos do sangue. Além disso, podem se verificar reações falsas positivas técnicas em soros sem anticorpos, causadas por: 1) erros técnicos na colheita e manipulação do sangue; 2) testes feitos em sangue já em condições não satisfatórias (contaminados ou hemolizados); 3) erros na realização das reações sorológicas; 4) uso de material e de reagentes de má qualidade; 5) erros na anotação e na enunciação dos resultados finais. Com o aperfeiçoamento das técnicas sorológicas e com o uso de materiais melhores, especialmente com os antígenos purificados do tipo cardiolipina, houve uma acentuada diminuição da incidência das reações falsas positivas.

Há ainda um outro problema, que se apresenta ao sorologista na interpretação da resposta sorológica de um doente com framboésia, corretamente tratado. Vários meses ou mesmo anos, após terminado o tratamento, o doente pode ter uma infecção não treponematosa inter-corrente, capaz de produzir reações biológicas falsas positivas e

conseqüente aumento do título sorológico. Tais casos são muitas vêzes classificados, categórica e errôneamente, como de sôro-recidiva ou de fracasso de tratamento.

(C) *Sôro-resistência.* As reações sorológicas positivas podem persistir durante muitos anos, em casos de infecção extinta ou paralizada. Nesses indivíduos não é indicado tratamento.

Na framboésia, bem como em outras treponematoses, as reações sorológicas positivas persistentes não indicam infecção presente. Não deve ser feito um diagnóstico de framboésia latente, num paciente sôro-positivo, sem provas clínicas ou anamnésticas da doença, a menos que seja possível constatar, por meio da reação de imobilização de treponemas, de Nelson, ou fenômeno fagocitário, a existência de anticorpos específicos. Isto, porém, não é praticável nas campanhas de tratamento em massa, conquanto deva ser objeto de consideração seu uso no grupo piloto ou grupo contrôle. Por vêzes surgem, durante a fase de consolidação do programa de tratamento em massa, o problema da indicação de um novo tratamento, tomando-se por base os exames sorológicos. Deve-se instituir novo tratamento se houver aumento persistente do título sorológico, o que pode indicar tanto uma recidiva como uma reinfecção assintomática. A repetição do tratamento não deve ser feita ùnicamente em face da simples persistência das reações sorológicas positivas.

Há, pois, indicações e restrições quanto ao uso dos processos sôro-diagnósticos nas campanhas de tratamento. A menos que se esteja prevenido contra as múltiplas restrições inerentes às investigações sorológicas, hão de ocorrer muitos erros por falta e por excesso.

FUNÇÕES DO LABORATÓRIO NO GRUPO PILOTO OU GRUPO CONTRÔLE

Quando devem ou não ser utilizados métodos sôro-diagnósticos no grupo de tratamento em massa. É de suma importância estabelecer um laboratório bem controlado no grupo piloto, o mais cedo possível e de preferência antes do início do tratamento em massa. É durante a fase de demonstração, de treino e de inquérito, do programa no grupo piloto, que o laboratório pode fornecer dados valiosos que serão usados na fase de expansão e consolidação, a saber:

(a) Tempo de negativação do exame em campo escuro, após o tratamento, a fim de determinar a eficácia imediata do tipo de penicilina a ser empregado. Cabe também aos laboratoristas determinar o tempo de desaparecimento dos treponemas, após o uso de outros antibióticos. De acôrdo com nossa experiência, não há diferença apreciável no tempo de desaparecimento dos treponemas após a pe-

nicilinoterapia na sífilis, na framboésia e na pinta. Crê-se, em geral, que o tempo de desaparecimento é mais rápido após a penicilina do que após a aureomicina, a cloromicetina, a terramicina e a di-hidro-estreptomicina. Devem ser feitos estudos comparativos dêste tipo no grupo piloto. Todo novo medicamento treponemicida deve também ser investigado, quanto à negativação do exame em campo escuro, no grupo piloto.

b) São indispensáveis as reações sorológicas quantitativas no grupo piloto, a fim de observar o comportamento sorológico depois do tratamento. A evolução será satisfatória desde que haja redução progressiva no título sorológico. Quando os métodos rápidos e intensivos de penicilinoterapia terminam, o doente é ainda sôro-positivo. Para que as reações sorológicas tenham valor na determinação da eficiência do tratamento, devem elas ser feitas antes do mesmo e, de 3 em 3 meses, durante o primeiro ano que se segue ao término do tratamento na área primária de contrôle. Como o mínimo necessário, deve-se exigir reações sorológicas aos 6 e aos 12 meses. Arnold e outros, estudando, em artigo recente, a penicilina no tratamento da sífilis (3), dizem: "para julgar-se o sucesso ou fracasso da terapêutica, a observação sorológica pós-tratamento ideal dos doentes consiste em exames de 2 em 2 semanas, ou, pelo menos, uma vez por mês, durante os 6 a 12 meses consecutivos de tratamento. Na avaliação de uma terapêutica em experiência, é conveniente, para a observação, realizar uma série de provas sorológicas qualitativas e uma prova quantitativa.".

Entretanto, num programa de saúde pública ou em tratamentos de rotina, usando esquemas já conhecidos como eficientes, pode-se obter bôas informações realizando-se regularmente uma reação qualitativa e uma quantitativa, feitas de preferência com um antígeno lecitino-cardiolipínico.

Vários são os fatôres que influenciam o tempo necessário para chegar à sôro-negatividade (4):

1) Fase da doença. Quanto mais antiga a doença, mais longa é a presença de espiroquetas no organismo e maior tempo será preciso para que as células cessem de formar anticorpos. Via de regra, os doentes com framboésia secundária levam mais tempo para ficar sôro-negativos do que os doentes com lesões primárias sôro-positivas.

2) Reação imunológica individual dos pacientes. Alguns doentes com framboésia formam mais anticorpos do que outros, diante do mesmo tipo de estímulo. Os primeiros habitualmente levam mais tempo para ficarem sôro-negativos.

3) Título sorológico. Em geral, os doentes com títulos sorológicos elevados, no início do tratamento podem levar mais tempo para chegar à sôro-negatividade do que os com título relativamente baixo.

4) Sensibilidade da reação sorológica. Quanto mais sensível a reação sorológica, mais tempo leva para negativar-se. Quando é empregada uma bateria de reações com sensibilidade variável, podem ser obtidos resultados negativos com as menos sensíveis, muito antes que as mais sensíveis se tornem negativas.

5) Tipo da reação. Certos tipos de reação podem permanecer positivas muito mais tempo que outras, embora aproximadamente do mesmo grau de sensibilidade.

Devemos assinalar, entretanto, que os fatôres acima variam muito, não se podendo estabelecer regras para determinar, ou antecipar, o tempo exigido para a sôro-negativação. A resposta sorológica na framboésia recente, com esquemas de tratamento iguais, é, sem dúvida, muito mais lenta do que na sífilis precoce. Uma das razões para esta diferença pode ser pelo fato de que, na sífilis, se inicia o tratamento poucas semanas depois do aparecimento das manifestações cutâneas, enquanto que na framboésia os doentes, em geral sòmente são tratados meses, ou mesmo anos, depois de aparecer a infecção. Os estudos realizados no grupo piloto podem fornecer informações relativas à resposta sorológica lenta.

(c) Diferenciação entre recidiva e reinfecção. Os critérios de reinfecção indiscutível, para a framboésia, são muito rígidos e, infelizmente, os doentes não são observados com intervalos suficientemente freqüentes, de modo a preencher todos os itens requeridos. É, pois, muitas vêzes bem difícil determinar se o doente teve uma nova infecção ou se houve recidiva da infecção antiga. Pelo que se observa na sífilis, cremos ser possível distinguir a recidiva da reinfecção, por meio de estudos sorológicos quantitativos bem conduzidos e com intervalos freqüentes.

Em seguida à penicilinoterapia bem sucedida da sífilis precoce, há, via de regra, uma redução progressiva no título sorológico. Na reinfecção, geralmente o doente, após atingir e manter completa sôro-negatividade, surge com lesão treponêma-positiva ao exame em campo escuro e com sorologia negativa. Pouco depois, êsses pacientes apresentam reações sôro-positivas, com títulos ràpidamente crescentes. Nos casos de insucesso do tratamento ou de recidiva, há um súbito aumento do título sorológico, na maioria dos casos, seguido cêrca de um mês depois por sinais clínicos de recidiva cutâneo-mucosa. Se os pacientes tratados pela penicilina fôssem submetidos a exames sorológicos semanais ou mensais, seria possível prever uma recidiva clínica, antes de aparecer qualquer sinal clínico, pelo aumento progressivo do título sorológico em exames consecutivos. Tais estudos poderiam ser realizados em áreas primárias de contrôle, a fim de determinar se é ou não possível diferenciar a recidiva clínica da reinfecção clínica, por meio dos exames sorológicos.

Há vários aspectos da framboésia que requerem investigações laboratoriais, a fim de preencher certas lacunas no conhecimento desta doença (5, 6). Alguns dos estudos que se seguem poderiam ser planejados e realizados no grupo piloto.

Têm os produtos recém-natos, de mães portadoras de framboésia, reações positivas ? São essas reações positivas mais fàcilmente descobertas com as reações de fixação do complemento do que com as de floculação, como se observa na sífilis (7) ? Essas crianças, sôro-positivas devido a uma passagem passiva de anticorpos da mãe para o feto no útero, tornar-se-ão, como na sífilis, sôro-negativas nos 3 ou 4 primeiros meses de vida ? Haverá, também, similar transferência de anticorpos imobilizantes de treponemas, da mãe para o feto, e serão êles também de natureza transitória ? Poderão êsses anticorpos imobilizantes de treponemas transitórios proteger o re- cém-nato contra infecções de framboésia ? Será esta toxemia fram- boésica responsável pela observação de que excepcionalmente se en- contram crianças, abaixo de 6 meses de idade, com framboésia, ape- sar de manterem êles estreito contato com mães portadoras de in- fecções ativas ?

Terá valor como processo diagnóstico a reação à luetina ? Será uma nova luetina, preparada com treponemas, mais sensível e mais específica do que as antigas preparações, feitas com testículos de coelhos ? Será a luetina, preparada com T. pertenue, mais específica do que a luetina preparada com Treponema pallidum nos pacientes com framboésia ? Haverá alguma correlação entre o título das reações sorológicas, o título do teste de imobilização de treponemas, as re- ações cutâneas a vários tipos de preparados luetínicos ? Haverá al- guma correlação entre o desenvolvimento das reações luetínicas cutâ- neas e a fase ou duração da infecção framboésica ?

Será possível imunizar indivíduos com uma vacina treponêmica ? De que maneira se poderá comparar a imunidade naturalmente adquirida com a que se produz nas infecções experimentais ? Como comparar tal imunidade com a produzida por processos específicos de imunização ? Há uma relação direta entre o título do teste de imobilização e o grau de imunidade ?

Estes e muitos outros problemas precisam ser solucionados, se quizermos ter um melhor conhecimento da framboésia.

CONCLUSÕES

As modernas reações sôro-diagnósticas da sífilis, que empregam antígenos purificados, são extremamente valiosas no grupo piloto, a fim de esclarecer a eficiência real dos tratamentos em massa contra a framboésia.

Aperfeiçoados a técnica e os materiais empregados, aumentou sensivelmente a sensibilidade e a especificidade dos processos sôro-diagnósticos.

Há algumas limitações (reação falsa negativa e falsa positiva) inerentes às reações correntemente empregadas. Os que trabalham nos terrenos da

Saúde Pública devem estar prevenidos a respeito dessas limitações, pois, do contrário, graves erros de omissão serão cometidos.

Talvez não seja possível realizar exames e observações sorológicas post-tratamento dos doentes tratados nas campanhas em massa, porém é de suma importância que sejam constituídos, em grupos pilôto, laboratórios cuidadosamente controlados, durante a fase de demonstração, de inquérito e de treinamento. Deve-se ensaiar, nesses grupos, os processos auxiliares de diagnóstico, a fim de prever o que poderá ser obtido nas campanhas de tratamento em massa. Além disso, pode-se fazer um intenso trabalho investigativo nesses grupos pilôto, a fim de preencher as falhas de conhecimento que se tem sôbre a framboésia.

CONCLUSIONS

Modern serodiagnostic tests for syphilis, employing purified antigens are extremely valuable in pilot groups for determining the ultimate efficacy of mass treatment campaigns against yaws.

With improvement in technique and materials employed, the specificity and sensitivity of the serodiagnostic procedure has been appreciably increased.

There are certain limitations (false negative and false positive reactions) inherent in the currently employed tests. The public health worker must be aware of these limitations, for otherwise serious errors of omission and commission will be made.

It may not be feasible to perform serologic examinations and serologic follow-ups of patients treated in mass campaigns, but it is of utmost importance that carefully controlled laboratories in pilot groups be set up during the demonstration, survey and training phase. Diagnostic aids should be employed in these groups in order to predict what may be expected in the mass treatment campaigns. Furthermore, much investigative work can be carried out in these pilot or control groups to help fill in the gaps in the knowledge of yaws.

CITAÇÕES

1 — Magnuson, H. J.: Future Needs in the Laboratory Study for the Control of Venereal Diseases. Comunicação pessoal.

2 — Orlansky, S.: Present Status of Small Quantity Blood Test Experimentation. Trabalho inédito.

3 — Arnold, R. C., Cutler, J. C., Wright, R. D. and Levitan, S.: Studies in Penicillin Treatment of Syphilis. Pub. Health Rep., 67:78(jan.).1952.

4 — Rein, C. R.: The Serologic Tests in Penicillin Treated Syphilis. New York State J. Med. 47:2450(15-nov.).1947.

5 — Hackett, C. J.: Gaps. in the Knowledge of Yaws. Tr. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg., 43:311(nov.).1949.

6 — Chambers, H. D.: Gaps in the Knowledge of Yaws. Tr. Roy Soc. Top. Med. & Hyg., 43:550(mar.).1950.

7 — Rein, C. R. and Kostant, G. H.: Nature of Antigens and Antibodies in Serology of Syphilis. Arch. Derm. & Syph., 60:217(ag.)1949.

Endereço do autor: 580 Fifth Avenue (New York)

Angiodermite de Gougerot e Blum (dermatite liquenóide purpúrica e pigmentada de Gougerot e Blum)

A. Padilha Gonçalves

Em 1950, Bechelli, Zillberberg e Batista (1) publicaram a primeira observação no Brasil da angiodermite de Gougerot e Blum (dermatite purpúrica e pigmentada de Gougerot e Blum). Um ano depois, em 1951, comuniquei à Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia um segundo caso desta doença, observado por mim no Serviço do Prof. Ramos e Silva, na Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Segundo me consta, são estes os 2 únicos casos, relatados no Brasil, de angiodermite de Gougerot e Blum, revelando-se, assim, a raridade dessa dermatose, o que, embora em pequena parte, se deve provàvelmente à confusão com outros tipos de angiodermite, em especial a de Favre e a de Schamberg.

As 2 primeiras observações da angiodermite de Gougerot e Blum foram realizadas por estes autores em 1925 (2). Em 1929, os mesmos Gougerot e Blum (citados por Bechelli et al.—1—) acrescentaram mais 4 observações, e descreveram e individualizaram a doença.

CASO OBSERVADO

O paciente A. R. M., do sexo masculino, branco, brasileiro, cavoqueiro, casado, com 54 anos de idade, residente no Rio de Janeiro, matriculado sob o n.° 4.088 (Serviço do Prof. Ramos e Silva), cujo caso serve para êste trabalho, está sob minhas vistas há cêrca de 5 anos. E' um caso antigo de blastomicose sulamericana, tratado e curado com sulfonamidas, há 4 anos, e mantido, por meio da administração periódica dêste quimioterápico, em situação de cura clínica até hoje.

Trabalho do Departamento de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro (Diretor: Prof. J. Ramos e Silva), tendo sido o caso apresentado na sessão de 31-10-951 da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia — Rio de Janeiro.

Assistente do Departamento de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro e da Escola de Medicina e Cirurgia (Catedrático: Prof. J. Ramos e Silva) — Rio de Janeiro.

Há cêrca de 2 anos, surgiu-lhe nos membros inferiores uma erupção, constituída por placas que confluíram e aumentaram de dimensões; algumas regredindo ao mesmo tempo que outras novas apareceram. Ausência de manifestações subjetivas. Não peorava quando estava tomando sulfonamida, nem melhorava ao ser esta suprimida.

Desde criança padece de bronquite asmática. Teve pneumonia, aos 18 anos, e paludismo, dos 20 aos 30. Queixa-se de dispnéia de esfôrço, de dor pré-cordial, também relacionada ao esfôrço, e de polaciúria. Diz que seus pais morreram do coração.

Exame dermatológico. Nas pernas (figs. 1 e 2), sendo mais intensas nos 2/3 inferiores e na face anterior, e predominando na perna direita, vemos lesões levemente papulosas, linquenóides, eritêmato-purpúricas, em certos pontos confluindo em grandes placas, nas quais existe, também, pigmentação castanha, descamação e, em algumas, discreta atrofia com hipocromia central.

As pápulas iniciais aparecem em tôrno de telangiectasias punctiformes, são do tamanho de uma cabeça de alfinete e, aqui e ali, formam pequenos agrupamentos. Além das pápulas isoladas, vêem-se, fora das placas, telangiectasias punctiformes únicas ou reunidas em ramalhetes, estes acompanhados de uma coloração camurça da pele, onde estão sediados. (Parece que, a partir dessas telangiectasias, formar-se-ão, mais tarde, as papuletas). A hiperpigmentação é mais abundante nas zonas onde as lesões papulosas são mais antigas ou mesmo já desapareceram.

No dorso dos pés e, em menor proporção, nas coxas, logo acima dos joelhos, são vistas idênticas alterações, porém em pequeno número. Nas duas pernas existem varizes que, entretanto, são mais volumosas na perna direita.

Apresenta, também, no lábio inferior, queilite glandular simples.

Exame dos aparelhos e sistemas. O exame do aparelho circulatório revela um "cor pulmonale" crônico, tendo o electrocardiograma e a teleradiografia do coração corroborado êsse diagnóstico. Sôpro sistólico mitral e acentuação da 2ª bulha pulmonar. Pressão arterial Mx 142 Mn 88 e pulso 88. Fundo de ôlho: turgor venoso discreto e vênulas cianosadas. Pulmões: estertores crepitantes na região interescápulo-vertebral direita. Fígado palpável, um dedo abaixo do rebordo costal na linha hemiclavicular (limite superior normal). Presença de focos sépticos dentários.

Exames complementares. Tele-radiografia do coração e electrocardiograma já referidos. Tempo de protrombina (Howell — Cheney), 7'. Índice de Jurwitz-Lucas, 0,70; tempo de sangramento (Duke), 2'; tempo de coagulação (Lee-White), 16'; prova do laço (Rumpel-Leede), negativa; retração do coágulo, completa; plaquetas, 200 000 por mm3; hematias, 6.000.000 por mm3; hemoglobina, 120 % e 16,56 gr %; valor globular, 49 %; índice de coloração, 1,00; índice de volume, 0,97; índice de saturação, 1,02. Sangue: uréia, 32 mgs %; creatinina, 1,2 mg %; glicose, 108 mg %; colesterol, 196 mg %; reação de Wassermann, negativa.

Exame histopatológico de um fragmento de pele da perna (Prof. Hildebrando Portugal — fig. 3 —): epiderme de arquitetura irregular, com cristas interpapilares, ora longas e finas, ora curtas e grossas, ou ausentes em grandes áreas onde o epitélio fica achatado. Camada córnea, hipertrófica e desprovida de núcleos. Discreta exocitose mononuclear difusa, no corpo mucoso. Pigmento melânico na camada basal. Enorme proliferação de capilares, na derma papilar e subpapilar; êsses vasos estão, na maioria, ectásicos, e contêm hematias. O colágeno dessa região é dissociado por edema e por um infiltrado de linfócitos e histiócitos. Abundante pigmento siderósico extra e intracelular. O infiltrado é contínuo e limitado às camadas superficiais da derma.

Foi realizado um teste com veneno de cobra, sendo injetado 0,05 cc de um soluto de veneno de cascavel (Crotalus terrificus), contendo 10 doses mortais mínimas para o pombo por cc., no antebraço, na coxa e na perna; e em

locais idênticos, do outro lado, 0,05 cc de sôro fisiológico como contrôle. Apenas na perna, no ponto injetado com veneno de cobra, foi notada, no dia imediato, uma mancha purpúrica, com cêrca de 1 cm de diâmetro, que 48 horas depois já começou a ceder, desaparecendo totalmente dentro de 5 dias.

Evolução e tratamento. A par do tratamento da blastomicose sul-americana, realizado por séries de 100 a 150 grs de sulfonamida (4 grs. diárias), seguidas de pausas de 2 a 6 meses, e do tratamento da asma brônquica (efedrina, aminofilina, cálcio, enxofre, etc.), foi realizada a remoção dos focos sépticos dentários e prescrita medicação visando atender a angiodermite. Neste intuito o paciente tomou rutima, ácido ascórbico e extrato hepático, sem que, todavia, fôsse possivel relacionar, ao tratamento, qualquer alteração surgida na dermatose.

A angiodermite, entretanto, não se manteve imutável, sem que, porém, pudéssemos atribuir as modificações apresentadas, quer à administração de quaisquer dos remédios acima mencionados (inclusive os utilizados para a blastomicose sul-americana e para a asma), quer à melhora ou peora da asma (uma vez que a blastomicose sul-americana esteve sempre em situção de cura clínica).

A evolução da angiodermite mostrou-se caprichosa, ora com fases de melhora, ora com agravações. Foi possivel observar nitidamente que as lesões tinham início pelo aparecimento de telangiectasias puntiformes, isoladas ou agrupadas, formando-se a seguir, segundo me pareceu, nesses locais, papuletas que, ou desapareciam ou confluiam em placas, que permaneciam pequenas ou acabavam por se unir, estabelecendo placas extensas, na periferia das quais iam aparecendo novas telangiectasias e papuletas.. Porém, a observação que julgo mais importante foi o fato de que, após ter sido o caso apresentado à Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, em mais de uma ocasião desapareceu por completo o caráter papuloso e liquenóide, permanecendo apenas as telangiectasias, alguma descamação e as alterações purpúricas e pigmentares. Mais tarde, meses depois, vez por outra surgiam pequenas pápulas isoladas liquenóides. Noutras oportunidades, apareciam pápulas telangiectásicas, tão pequeninas e vermelhas que pareciam a "pimenta de Caiena" da doença de Schamberg.

COMENTÁRIOS

Os caracteres clínicos e histopatológicos, fornecidos ainda recentemente por Gougerot e Blum (3), estão de inteira conformidade com os que apresenta o caso relatado, permitindo o diagnóstico indubitável de dermatite liquenóide purpúrica e pigmentada ou, como julgo preferível e adiante justificarei, de angiodermite de Gougerot e Blum.

Clìnicamente, os pontos cardinais dessa angiodermite são: a presença de pequenas pápulas, no máximo com 2mm de diâmetro, ligeiramente salientes, lisas e brilhantes, redondas ou poligonais, róseas a princípio, depois purpúricas e pigmentadas, podendo confluir em placas; ao lado dêsses elementos, vêem-se telangiectasias. Pode ainda haver descamação, atrofia, ulceração, prurido. A sede preferencial são as pernas, sendo possível surgir nos membros superiores e no tronco. Quasi sempre é bilateral. A evolução é crônica, podendo curar lentamente. Surge, em geral, em pessoas de meia idade.

Tem sido difícil estabelecer ligações dessa dermatose com distúrbios outros, gerais, sobretudo circulatórios sanguíneos.

Os caracteres histopatológicos essenciais são: diminuição de espessura da epiderme, com alargamento indo até quasi desaparecimento das papilas dérmicas, presença, no corpo papilar e derma, de numerosos capilares de paredes espessadas e até obliterados, com infiltrado mononuclear, com fibroblastos e plasmócitos ao redor dos capilares, e depósitos de hemo-siderina na derma.

No caso relatado os elementos característicos da doença se fizeram presentes.

No exame do paciente foram notadas perturbações circulatórias e respiratórias, porém evoluindo independentemente da angiodermite, uma vez que as fases de peora, da síndrome circulatória e da respiratória, nem sempre correspondiam a modificações no aspecto da angiodermite. Do mesmo modo, não foi possível estabelecer ligações entre a angiodermite e a blastomicose sul-americana de que também era o doente portador, e entre a angiodermite e os tratamentos utilizados para as outras doenças do paciente. Por outro lado, a angiodermite não apresentou alteração com o uso de rutina e vitamina C.

Ainda no exame do paciente, note-se a presença de discreta poliglobulia, que poderia ser explicada como uma defesa do organismo para contrabalançar a insuficiência respiratória, mas que, por outro lado, tem sido apontada como de possível aparecimento em casos de angiodermite (4).

Combes e Groopman (5), num caso de sua observação, fizeram testes, com veneno de cobra, que foram positivos não só na perna, nas proximidades da lesão, como, longe da angiodermite, no antebraço. A positividade consistiu sòmente no aparecimento de uma área purpúrica no local injetado. No caso, ora em estudo, o mesmo teste foi positivo na perna, porém negativo na coxa e no antebraço, significando, provàvelmente, uma diminuição da resistência dos capilares apenas nas proximidades das lesões. A se confirmar êsse achado, seria mais um elemento contrário à existência de alteração generalizada do sistema capilar.

Parecem-me, entretanto, de maior interêsse as variações morfológicas por que passou a angiodermite do meu paciente. Conquanto o aspeto predominante e mais constante fôsse sempre o da angiodermite de Gougerot e Blum, durante certas fases evolutivas o doente apresentava as pápulas vermelhas, tipo "pimenta de Caiena", sem aspeto liquenóide, podendo levar perfeitamente ao diagnóstico de angiodermite de Schamberg. Noutras ocasiões, desapareciam as pápulas, cabendo, então, perfeitamente, o diagnóstico de angiodermite de Favre. Essas fases evolutivas mostram muito bem as ligações existentes, pelo menos, entre êsses três tipos de angiodermite, que, portanto, bem poderiam ser considerados como uma só dermatose, a qual, em virtude de razões peculiares ainda desconhecidas, num ou

Fig. 1 — Perna direita, face interna. Além do aspeto francamente liquenoide, notam-se: a hiperpigmentação, agrupamentos pequenos de papuletas, a discreta descamação, e a atrofia e hipocromia centrais.

Fig. 2 — Perna esquerda, face interna. Mesmas lesões da perna direita, porém menos intensas.

noutro doente, ou numa ou noutra época de sua evolução, apresentariam uma tendência morfológica, ora para o tipo Schamberg, ora para o tipo Favre, ora para o tipo Gougerot e Blum. Ramos e Silva (6), em publicação recente e nas reuniões realizadas, com seus assistentes, no Departamento de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, tem chamado mais de uma vez a atenção para êsses fatos. Randall, Kierland e Montgomery (7), estudando, como êles chamam, as erupções purpúricas e pigmentadas, acentuam que não conseguiram estabelecer características consistentes e precisas que permitissem fazer uma separação entre essas dermatoses, acrescentando que a pápula liquenóide, descrita por Gougerot e Blum, não parece ser mais que uma variante da lesão puntiforme da doença de Schamberg ou de outras angiodermites.

Isto só já constitui um bom argumento a favor do uso do têrmo "angiodermite", para designar êsse grupo de dermatoses, como bem propôs e justificou Ramos e Silva (6). Diz êste autor que a denominação de "hemo-sideroses", dada por Pautrier e Diss, não é apropriada, pois, além de indicar sòmente uma sequela, iria colocar, lado a lado, doenças de origens diferentes, com manifestações viscerais, como, por exemplo, a hemocromatose. Combate o têrmo "capilarite", que despreza o componente cutâneo dessas dermatoses, restringindo terminològicamente a alteração aos capilares, quando se sabe poder estar atingidas também as arteríolas e vênulas. Assim, prefere Ramos e Silva o nome de "angiodermite", dado por Favre (8), que abrange etimològicamente o substrato lesional do grupo, isto é, os vasos e a pele. Alinhados sob a denominação de "angiodermites", Ramos e Silva (6) coloca os seguintes quadros:

a) angiodermite purpúrica e pigmentada de Favre;
b) púrpura anular telangiectásica de Majocchi;
c) púrpura telangiectásia de Touraine;
d) dermatite liquenóide purpúrica e pigmentada de Gougerot e Blum;
e) doença de Schamberg;
f) angioma serpiginoso de Crocker e Hutchinson;
g) hipodermite hemorrágica da Favre e formas afins.

De acôrdo com as considerações acima expostas, e sobretudo com a observação das variações evolutivas do caso relatado, parece que os tipos mórbidos de Schamberg, de Favre e de Gougerot e Blum, aparentam-se estreitamente, apresentando todos a tríade: vascularite, sufusão hemorrágica intracutânea e siderose residual. Os tipos Majocchi, Touraine e Crocker-Hutchinson mostram, além disso, o componente telangiectásico mais pronunciado. Uns e outros poderiam ser agrupados numa rubrica genérica, como propôs Ramos e Silva (6), de angiodermites "senso lato".

RESUMO

E' relatada a 2.ª observação feita no Brasil da angiodermite de Gougerot e Blum (dermatite liquenóide purpúrica e pigmentada de Gougerot e Blum). O 1.º caso visto neste país foi publicado por Bechelli, Zilberberg e Batista.

O paciente, agora estudado, apresentava, nos membros inferiores, lesões clínicas e histopatológicas características da angiodermite de Gougerot e Blum. Além disso, era portador de blastomicose sulamericana, asma brônquica, "cor pulmonale" e queilite glandular simples. Nem a evolução destas doenças, nem o tratamento utilizado para as mesmas teve influência sôbre a angiodermite, a qual mostrou evoluir com inteira independência. Também o tratamento feito para a angiodermite (vitamina C, rutina, extrato hepático) em nada a alterou.

Dos exames complementares do doente é de salientar: a presença de poliglobulia (citada em alguns casos de angiodermite), que no presente caso bem poderia ser um elemento compensador da insuficiência respiratória, e o teste com veneno de cobra, positivo em local próximo da angiodermite, e negativo em sítios distantes, mostrando que, se havia diminuição de resistência dos capilares, não era generalizada, mas sim limitada às zonas atingidas pela dermatose.

Entretanto, o fato de observação mais importante foi que a angiodermite de Gougerot e Blum do paciente passou por fases evolutivas com morfologia ora da angiodermite de Schamberg, ora da de Favre, mostrando como êsses 3 tipos mórbidos são estreitamente ligados entre si. O grupo por êles formados se caracteriza pela tríade: vascularite, sufusão hemorrágica intracutânea e siderose residual. Já no grupo constituído pelos tipos Majocchi, Touraine e Crocker-Hutchinson, além disso, aparece mais pronunciado o componente telangiectásico.

Por fim, é dada a classificação do grupo das angiodermites, feita por Ramos e Silva, sendo adotada essa denominação, por êle defendida, e sendo também apontados os argumentos que o levam a preferi-la à de capilarites ou hemo-sideroses.

CONCLUSÕES

1 — De acôrdo com a opinião de Ramos e Silva, o têrmo "angiodermite" é o que melhor designa o grupo de dermatoses que se caracteriza por lesões dos capilares, vênulas e arteríolas da pele, depósitos de hemo-siderina e lesões dérmicas e epidérmicas, as quais, do ponto de vista clínico, se manifestam, sobretudo, sob a forma de púrpura e hiperpigmentação.

2 — O caso relatado é o segundo observado no Brasil de angiodermite de Gougerot e Blum (dermatite liquenóide purpúrica e pigmentada de Gougerot e Blum).

3 — O teste, feito no paciente, com veneno de cobra, parece demonstrar que a lesão dos vasos cutâneos não era generalizada, limitando-se às zonas de localização da angiodermite.

4 — A evolução da angiodermite de Gougerot e Blum, no caso relatado, mostrou que a mesma passou por fases em que a morfologia era, ora a da angiodermite de Favre, ora a da angiodermite de Schamberg, revelando o quanto são aparentados êsses três tipos mórbidos.

5 — A observação precedente mostra que os 3 tipos de angiodermite, de Gougerot e Blum, de Favre e de Schamberg poderiam constituir um grupo, enquanto que os tipos Majocchi, Touraine e Crocker-Hutchinson formariam outro grupo, caracterizado, morfològicamente, pela presença, predominante e mais pronunciada, do componente telangiectásico.

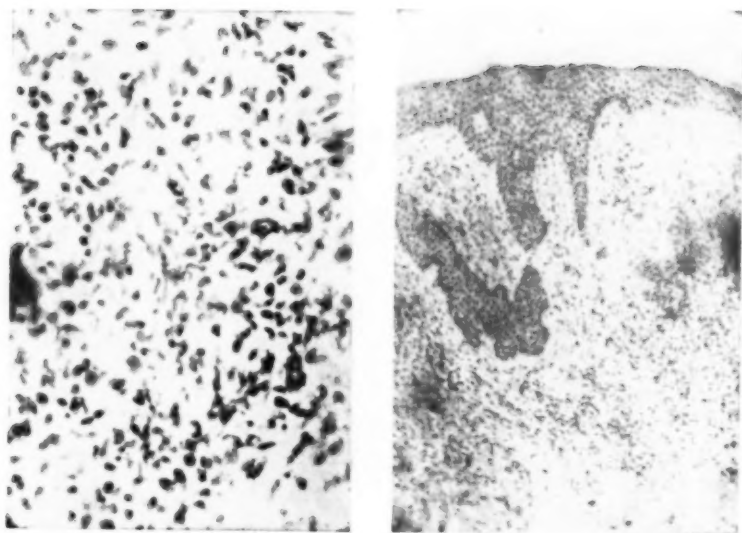



Fig. 3 — Cortes histológicos de um fragmento de pele da perna, corados pela hematoxilina-eosina (aumentos 100X e 210X)

SUMMARY

The second case of Gougerot and Blum's angiodermitis (pigmented purpuric lichenoid dermatitis of Gougerot and Blum) observed in Brazil has been reported. The first case to be diagnosed in this country was reported by Bechelli, Zilbergerg and Batista.

The patient now studied, presented, on his legs, lesions which were clinically and histopathologically characteristic of Gougerot and Blum's angiodermitis. Besides this disease he also suffered from South-American blastomycosis, bronchial asthma and cheilitis glandularis simplex. The evolution of these diseases or their treatment didn't show any influence over the angiodermitis, which had an evolution independent from the above mentioned conditions. The treatment prescribed to the angiodermitis (vitamin C, rutin, liver extract) didn't change it.

The following should be emphasized from the complementary examinations: a) the presence of polyglobulia (which is recorded in some cases of angiodermitis) that in the case reported could be a means of compensation of the respiratory insufficiency, and *b*) the positive moccasin venom test in the vicinity of the angiodermitis. This same test was negative when far from the angiodermitis leading to the believe that if there existed a diminished capillary resistance it was in the sites of the eruption, and not generalized.

Nevertheless the most important observation, in the case reported, was that Gougerot and Blum's angiodermitis showed evolutional stages in which the clinical picture, in a certain period resembled Schamberg's angiodermitis, while on other ocasions it resembled Favre's angiodermitis, thus demonstranting the close relationship among these 3 morbid conditions.

The group formed by them is distinguished by the triad: vascularitis, intracutaneous haemorraghic suffusion and residual siderosis. In the group formed by the types: Majocchi, Touraine and Crocker-Hutchinson, besides this triad there is, more pronounced, the telangiectasic component.

Ramos e Silva's classification of angiodermitis, was quoted, and the denomination-angiodermitis-supported by him was adopted. The reasons that led Ramos e Silva to use the word-angiodermitis-rather than capillaritis or hemosiderosis, are also quoted.

CONCLUSIONS

1 — According to Ramos e Silva's opinion, the word angiodermitis is that which applies better to the group of dermatosis characterized by lesions in the capillaris, venules and arterioles of the skin, hemosiderin deposits, and dermic and epidermic lesions, which, from the clinical point of view appear chiefly as purpura and hyperpigmentation.

2 — The case reported is the second of Gougerot and Blum's angiodermitis (pigmented purpuric lichenoid dermatitis of Gougerot and Blum) to be observed in Brazil.

3 — The test performed in the patient with moccasin venon, seems to demonstrate that the lesion of the cutaneous vessels was not generalized, but limited to the skin segments where the angiodermitis was localized.

4 — Gougerot and Blum's angiodermitis in the present case, showed evolutional stages, in which the morphology was identical to Favre's angiodermitis or of Schamperg's angiodermitis thus showing how closely these 3 diseases are related.

5 — The preceding facts lead to the believe that these 3 types of angiodermitis (Gougerot and Blum, Favre and Schamberg) could be grouped together. On the other hand, the types, Majocchi, Touraine and Crocked-Hutchinson could form another group, morpholegically distinguished by the predominancy of the telangiectasic component.

CITAÇÕES

1) Bechelli, L. M., Zilberberg, B., e Baptista L.: Considerações sôbre um caso de dermatite liquenoide purpurica pigmentada (de Gougerot e Blum). An. brasil. de dermat. e sif., 25:159(set.),1950.

2) Gougerot, H., e Blum, P.: *a*) Purpura angiosclèreux prurigineux avec éléments lichenoides. Bull. Soc. franç. dermat. et syph., 32:161(abr.),1925; *b*) un 2e. cas de dermatite lichenoide purpurique et pigmentée. Bull. Soc. franç. dermat. et syph. 32:433(dez.),1925.

3) Gougerot, H., e Blum, P.: La dermatitis liquenoide purpurica y pigmentada (Gougerot e Blum). Arch. argent. de dermat., 2:1(jan.),1952.

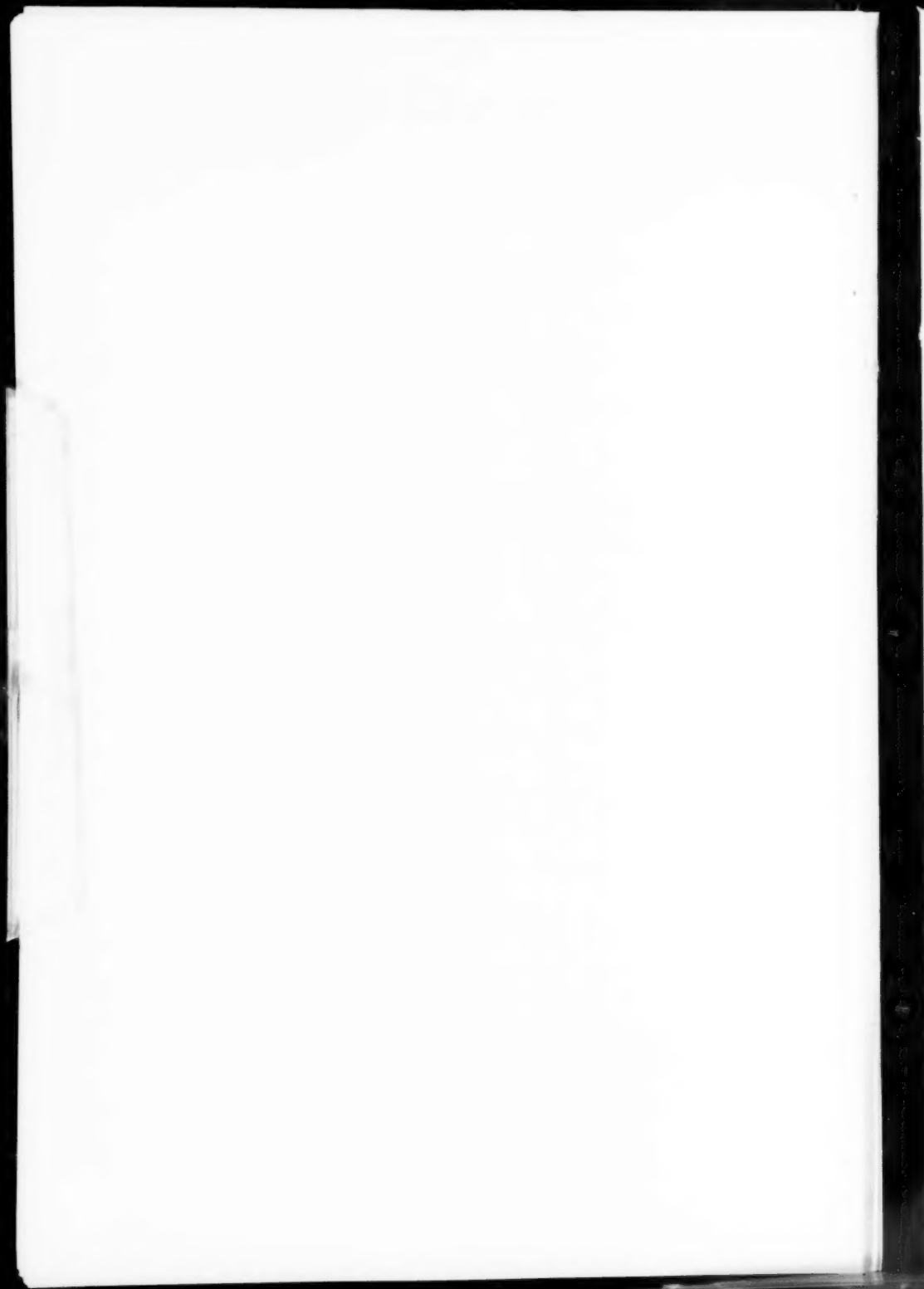
4) Touraine, A.: Le purpura annulaire telangiectasique de Majocchi et ses parentes. Presse-med. 57:934(out.),1949.

5) Combes, C., e Groopman, J.: Pigmented purpuric licheneid dermatitis: its possible pathogenesis and report of a case. A.M.A. Arch. Dermat. & Syph., 63:483(abr.),1951.

6) Ramos e Silva, J.: *a*) Hemo-siderozes ou angiodermites? Brasil-méd., 66:78(2 e 9-fev.),1952. *b*) pontos de vista enunciados nas reuniões com seus assistentes do Departamento de Dermatologia da Policlinica Geral do Rio de Janeiro.

7) Randall, S. J., Kierland, R. R., e Montgomery, H.: Pigmented purpuric eruptions. A.M.A. Arch Dermat. & Syph., 64:177(ag.),1951.

8) Favre, M.: Angiodermite pigmentée et purpurique des membres inférieurs, in Darier et al. Nouvelle pratique dermatologique, Paris, Masson et Cie., 1936, V vol., pg. 414.

Endereço do autor: av. Ataulfo de Paiva, 1 105 (Rio).

Farmacodermias

Casos observados na Clínica Dermatológica da Universidade do Paraná

R. N. Miranda e J. Schweidson

O presente trabalho consta da enumeração e da descrição sucinta dos casos de dermatites medicamentosas observados em o nosso serviço clínico, no período compreendido entre março de 1948 e setembro de 1952. Dentre 838 pacientes inscritos nesse lapso de tempo e tratados, quer na enfermaria, quer no ambulatório da clínica da Cátedra de Dermatologia e Sifilografia, destacamos 10 casos de farmacodermias, que constituem o total de pacientes em que tal étiopatogenia se mostrou nítida, conforme passamos a enumerar: estreptomicina, 4 casos; penicilina, 2 casos; sulfadiazina, 1 caso; piramido, 1 caso; podofilina, 1 caso; penicilina e procaína, 1 caso.

Os caracteres eruptivos e individuais dos casos observados, foram os seguintes:

Estreptomicina. — O tipo eruptivo, de eczema agudo recidivante, mostrou-se idêntico nos quatro casos de nossas constatações. As lesões localizavam-se, exclusivamente, no dorso das mãos e nas pálpebras, durando dias ou semanas, de acôrdo com a continuação do contacto com o antibiótico, e regredindo, para desaparecer ràpidamente, assim que se dava o afastamento da manipulação do mesmo. Recidiva imediata da sintomatologia, se havia novo contacto com o medicamento. O sal responsabilizado pela erupção, que ocorreu em enfermeiras de um sanatório para tuberculosos, de Curitiba, no ano de 1948, foi o *sulfato de estreptomicina*, que em prova de contacto, em solução a 1 %, forneceu resultados positivos em todos os casos.

Trabalho da Cadeira de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Universidade do Panamá (Prof. R. N. Miranda) — apresentado a IX Reunião Anual dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros (S. Paulo, set., 1952).

J. Schweidson — Assistente da Cadeira de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Universidade do Paraná.

Os quatro casos estão registrados em fichas de ambulatório, sob ns. 639, 640, 641 e 642.

Um dos pacientes, o de n.º 642, foi estudado posteriormente. Em 1950, teve nova erupção, idêntica às anteriores, em conseqüência de eventual contacto com estreptomicina, pois já se afastara de seu mister de enfermagem. Em 1-9-52, fizemos uma prova de contacto com solução a 1 e 2% de sulfato de di-hidro-estreptomicina, sendo completamente negativa. O Dr. Alceu Almeida, médico do sanatório referido e quem nos mandou os casos para exame, em 1949, assegurou-nos que, com a substituição do antigo sulfato de estreptomicina pelo atual sulfato de di-hidro-estreptomicina, não mais se verificaram casos de dermatite entre o pessoal de serviço no estabelecimento.

PENICILINA. — Observamos um caso de urticária em uma criança de 7 anos, que foi submetida a nebulizações com penicilina, no tratamento de bronquite que a acometia. Três dias depois de ter começado o tratamento, surgiu a erupção, que durou dois dias após à suspensão das nebulizações, durante os quais lhe foi administrado o Benadryl em xarope (ficha n.º 645). O outro caso manifestou-se sob a forma de eczematização pápulo-vesiculosa disseminada, surgindo ao término de uma dosagem elevada de antibiótico e durando dois meses; paciente masculino, com 56 anos de idade (ficha n.º 145).

SULFADIAZINA. — Registramos somente um caso em criança de 9 meses, que recebeu o sulfamídico na dose de 1/4 de comprimido de 0,50 g por dia. Ao completar a ingestão de 1,0 g do medicamento, irrompeu um eritema morbiliforme, que motivou a suspensão do uso terapêutico e a administração de Benadryl. A erupção desapareceu quatro dias depois de ter irrompido (ficha de ambulatório n.º 646).

PIRAMIDO. — Paciente masculino, de 34 anos, sofria de surtos de eczematização eritêmato-vesiculosa, atingindo o rosto, os membros superiores e a face anterior do tórax, há três anos. Em tempo que não pôde precisar, os surtos eruptivos tinham início após a ingestão de comprimidos de Veramon. Foi incriminado, no caso, o piramido contido no produto comercial e, a título de hipóteses, podemos admitir que o antipirético funcionou como parte de uma poli-sensibilização ou, quem sabe, à semelhança com o que ocorre no microbismo latente de Milian, como um agente "biotrópico" despertando não uma infecção, mas uma sensibilização por outro alergeno (ficha de ambulatório, n.º 255).

PODOFILINA. — O método de Kaplan, para o tratamento do condiloma acuminado por meio da podofilina, provoca reações de tipo alérgico nas partes cobertas pelo medicamento. O Dr. João Antônio Ferreira, chefe do CTR de Curitiba, disse-nos da freqüência com que ocorrem tais reações cutâneas, quando o medicamento (suspen-

são de podofilina a 25 % em óleo mineral) é aplicado na pele sadia que circunda as lesões condilomatosas. Em nosso serviço, tratamos dois casos de condiloma acuminado, por suspensão a 20 % de podofilina em óleo mineral. Um dêles suportou o tratamento sem nenhuma reação tegumentar; o outro, apresentou, no segundo dia de tratamento, e no prepúcio, onde estava sediada a lesão, um eczema agudo, que cedeu em dois dias, fazendo-se a suspensão do uso do medicamento e aplicando-se um anti-histamínico no local. Em 12 de setembro do corrente ano, fez nova aplicação do mesmo remédio, repetindo-se o eczema agudo no mesmo local. A aplicação do ingrediente em prova de contacto, longe da zona reativa (ante-braço), nada desencadeou. Êste caso está fichado sob o n.º 644.

Penicilina e Procaína. — O caso aqui relatado é o de um indivíduo masculino, de 35 anos, que esteve internado em nossa enfermaria, em 1948, acometido de um eczema generalizado que iniciara por erupção eritêmato-vesiculosa das mãos, que não foi relacionado com causa esclarecida. No comêço de setembro do corrente ano, foi acometido por um furúnculo, localizado no colo, em tratamento do qual recebeu injeções de Dicrysticina e comprimidos de sulfamerazina. Ao segundo dia de tratamento, começou a surgir erupção eritêmato-vesiculosa nas mãos (dorso), à semelhança do que aconteceu quando teve sua eczematose generalizada, que, aliás, foi duradoura, intensa e rebelde. Veio imediatamente ao nosso serviço e, receioso, contou o que se estava passando. Mandamos interromper o uso dos medicamentos e receitamo-lhe Benadryl e pasta dágua. Quatro dias depois, havia melhorado em 80 %. Suspendemos o Benadryl e fizemos provas de contacto com sulfamerazina, sulfato de di-hidro-estreptomicina, penicilina G potássica e procaína que, 35 horas depois, se revelaram positivas à penicilina e à procaína, ocasião em que a erupção estava quase completamente regredida (ficha de amb. n.º 87).

Não foram computados alguns casos, evidentemente de reações cutâneas medicamentosas, nos quais não foi bem esclarecida a natureza do medicamento. Observamos, também, com freqüência, quadros de eczematização em redor de úlceras de perna que, segundo temos anotado, são devidos a aplicação de medicamentos ou expressão de piodermite eczematóide.

RESUMO E CONCLUSÕES

1.ª — As farmacodermias contribuíram com a freqüência de 1,2 % no total dos casos dermatológicos registrados na Clínica Dermatológica da Universidade do Paraná.

2.ª — Foram observados casos de farmacodermias pelos seguintes medicamentos: sulfato de estreptomicina, penicilina, sulfadiazina, piramido, podofilina e penicilina + procaína.

3.ª — Nos casos estudados, a estreptomicina produziu um quadro eruptivo idêntico em todos. Atuando externamente, em componentes de uma equipe de enfermeiras, desencadou um eczema agudo, localizado nas mãos e nas pálpebras. Enquanto foi usado o sulfato de estreptomicina, o fenômeno alérgico se produziu; deixando, porém, de manifestar-se quando o antibiótico passou a ser utilizado sob a forma de sulfato de di-hidro-estreptomicina.

4.ª — A penicilina, nos casos estudados, introduzida por via parenteral ou respiratória, produziu erupções de tipos diferentes: urticária e eczema.

5.ª — A sulfadiazina produziu erupção de tipo morbiliforme (1 caso estudado).

6.ª — O piramido, no único caso estudado, produziu erupção eczematosa, ou melhor, funcionou como um novo agente de poli-sensibilização em um caso de eczema.

7.ª — A podofilina em suspensão oleosa, usada externamente, desencadeou um quadro de eczema agudo, no caso aqui relatado. Êsse fenômeno tem sido observado freqüentemente no Centro de Tratamento Rápido, para doenças venéreas, em Curitiba.

8.ª — Penicilina - procaína foram responsabilizadas como desencadeadoras de eczema em indivíduo que já manifestara essa dermopatia por alergeno outro.

Endereço do autor (R.N.M.): rua Bruno Figueira, 376 (Curitiba, Paraná).

A terapêutica externa do pênfigo foliáceo pelo coaltar (alcatrão de hulha) em veículo de caseína

Josefino Aleixo

A medicação externa do pênfigo foliáceo tem permanecido restrita ao emprêgo da Balneoterapia, acompanhado de substâncias com poder germicida, como o permanganato de potássio, mais freqüentemente empregado.

Em uma das sessões da Secção de Minas da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, apresentamos, juntamente com J. Mariano, um ensaio de tratamento do pênfigo foliáceo com o coaltar.

Atualmente, temos verificado que o veículo usado tem uma importância capital, em razão da intensidade do surto bolhoso e, também, pela possibilidade de agravamento do processo inflamatório.

No período de cronicidade da moléstia, o coaltar foi por nós empregado na forma de pomada, com dez por cento de óxido de zinco, e na proporção de cinco por cento, mas estas observações constituirão objeto de outro trabalho.

Fomos inclinados a usar o coaltar, na terapêutica do pênfigo foliáceo, porque vimos a sua indicação no tratamento da dermatite de Dühring, por L. Bory (1).

A proporção usada por êsse autor — coaltar, vaselina e lanolina em partes iguais — não nos pareceu aconselhável para o pênfigo foliáceo, e por isto idealizarmos o estudo de vários veículos, entre os quais a caseína, segundo forma de Unna.

Trabalho da Cadeira de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais (Catedrático — Prof. Olinto Orsini) e da Enfermaria dos Homens da Santa Casa de Belo Horizante, Estado de Minas Gerais.

Livre Docente de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais.

DOSE EMPREGADA

Empregamos o coaltar na proporção de 3 a 5 %, pois, neste teor, êle é ceratoplástico, conforme indicação de Sulzberger (2).

O veículo adotado foi o verniz permeável de caseína (Unna), cuja fórmula e modo de preparação (3) foram modificados, em parte.

FÓRMULA DE UNNA:

Caseína	120,0
Potassa	5,0
Soda	0,80
Água	560,00

Dissolver a soda e potassa — juntar a caseína, deixando 12 horas.

Passar em uma peneira bem fina.

Em seguida, juntar, sucessivamente:

a	Lanolina	75,0
	Vaselina líquida	75,0
b	Glicerina	70,0
	Óxido de zinco	5,0
	Fenol	5,0

O alcatrão é adicionado na proporção de 3 a 5 %.

MÉTODO DA APLICAÇÃO DO COALTAR

Não usamos cuidados preparatórios especiais, como sejam banhos medicamentosos. A limpeza da pele é feita pelo banho simples.

Os curativos são feitos três vêzes por semana, tendo-se o cuidado de retirar os restos, ainda existentes, da aplicação anterior, passíveis de remoção.

É desaconselhável a aplicação do verniz sôbre a camada formada pelo curativo precedente, porque esta prática pode facilitar a infecção cutânea.

Essas camadas superpostas podem também dificultar o escoamento do líquido das bôlhas e aumentar o estado inflamatório da pele.

Apesar da permeabilidade da forma farmacêutica empregada (verniz), tivemos a preocupação de aplicar o alcatrão, no máximo, na

metade da superfície corpórea. Sistemàticamente, respeitamos o rosto e o couro cabeludo.

No couro cabeludo, usamos o coaltar, na proporção máxima de 20 %, na forma de coaltar saponinado, também conhecido como *liquor carbonis detergens*.

No rosto, aplicamos sòmente o verniz de caseína, a fim de evitar uma remota ação cancerígena ou melanogênica do coaltar, uma vez que a sua diluição é fraca para permitir estas desagradáveis conseqüências.

No intervalo dos curativos, bi ou tri-semanais, tivemos, também, o cuidado de aplicar o verniz de caseína sem o coaltar, para diminuir a possibilidade de uma ação danosa para o epitélio renal.

Nesta mesma ordem de idéias, suspendemos a aplicação do coaltar e fizemos sòmente pincelagem com ungüento de caseína, quando surgiram edemas do rosto e dos pés. Esta precaução foi adotada apesar dos exames de urina não acusarem perturbação da função renal.

Atualmente, estamos investigando sôbre a possibilidade do verniz de caseína atuar benèficamente sôbre a sintomatologia cutânea, quando aplicado isoladamente, isto é, sem coaltar.

A aplicação do coaltar deve ser feita de maneira a formar uma película mais fina possível. Para isto, adotamos uma trincha, de tamanho variável, conforme modêlo visto na "Terapêutica", de Sulzberger (3-*a*).

À medida que a pele assume o aspecto normal, limitamos os curativos aos pontos ainda lesados pelo processo bolhoso, exulcerativo e escamo-crostoso.

Neste caso, quando as áreas da pele lesada se tornarem pequenas, os curativos podem ser diários.

COMENTÁRIOS

Foi de 30 dias o espaço de tempo necessário para se notarem as melhoras verificadas.

Em um dos doentes (A.S.), observamos melhoras na pele pincelada depois de 15 dias e estado inalterável no rosto, região que não foi medicada.

Depois usamos sòmente o ungüento de caseína, sem o coaltar, por motivos expostos em outra parte desta comunicação.

A aplicação do medicamento deve ser feita de maneira o formar uma membrana a mais delgada possível, imitando a própria epiderme.

Nos pontos rompidos desta camada não se faz novas aplicações, pois o curativo é repetido depois de um banho, destinado a mostrar quais as áreas ainda lesadas.

De acôrdo com esta orientação, os curativos subseqüentes são realizados sòmente nas lesões remanescentes. Estas lesões surgem em pele com aparência normal, onde, muitas vêzes, se encontra o sinal de Nikolsky.

Em um dos doentes (A.S.) notamos edema do rosto, cuja interpretação não pôde ser esclarecida, uma vez que o exame de urina não acusava perturbação do funcionamento renal.

Nos dias em que não aplicávamos o coaltar, para atender a reclamação dos doentes, fazíamos a pincelagem do unguento de caseína simples.

Em vista dos resultados obtidos, êste tratamento externo do pênfigo foliáceo passou a ser o preferido em nossa Enfermaria.

OBSERVAÇÕES

1.ª Obs. — D.A.C., 27 anos de idade, côr parda, casado, brasileiro, lavrador, residente no Sêrro. Internado em 8-4-52.

ANAMNESE — Há mais ou menos 30 dias, surgiram bôlhas na face, acompanhadas das sensações de queimor, não havendo prurido.

EXAME — A dermatose atinje, principalmente, a face e o tronco, havendo, nos membros, sòmente elementos bolhosos isolados. A erupção apresenta-se polimorfa na sua evolução, notando-se bôlhas recentemente formadas, bôlhas rompidas, exulcerações com tendência a reparação, e, finalmente, manchas residuais nos lugares de bôlhas já desaparecidas. A pele do tronco acha-se envolvida na sua quasi totalidade, vendo-se as bôlhas mais novas nos pontos onde a dermatose procura estender-se na direção dos membros, superior e inferior. O liquido destas bôlhas é hemorrágico e elas se rompem, deixando exulcerações. Na pele das coxas e braços, vemos bôlhas planas, esparsas e isoladas.

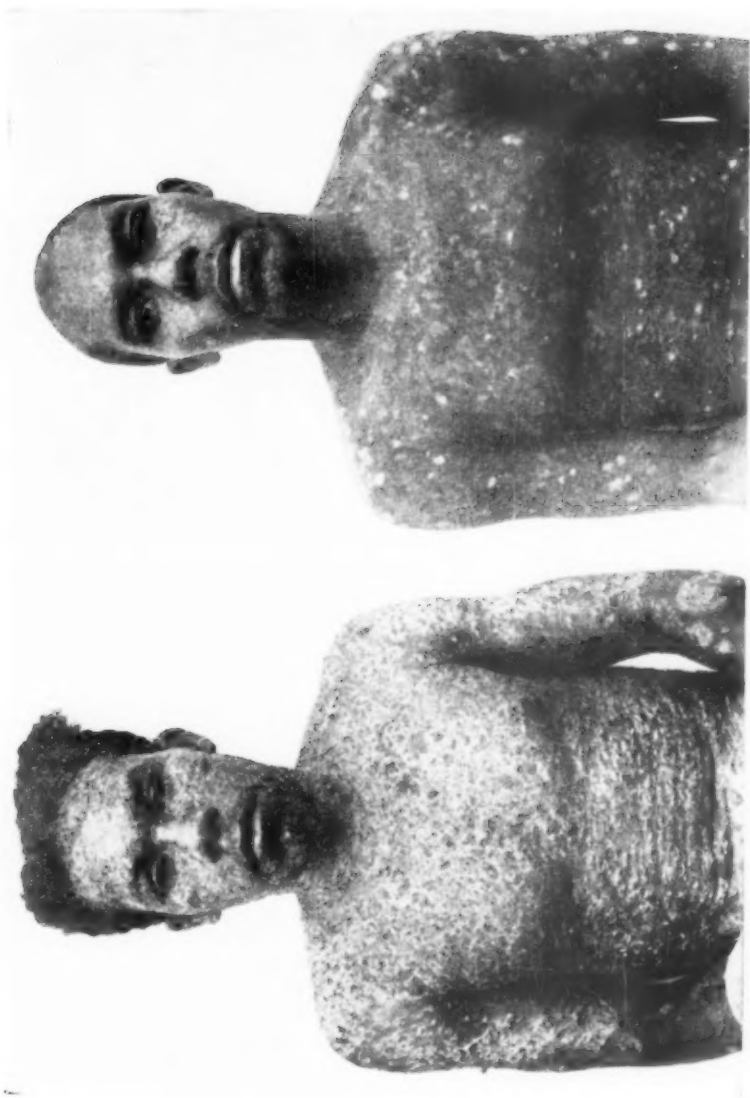
Durante o tempo que aguardava o exame de laboratório, tivemos ocasião de observar o aparecimento de novas bôlhas, as quais se mostravam com tendência a estender-se com rapidez.

Dia 23 de abril, 14 dias depois do internamento, começou a aplicação do coaltar a 3 %, em verniz de caseína. Depois de 20 aplicações, realizadas em dias alternados, obtém melhoras bem acentuadas, com aspecto de pele sã, mas ainda surgiam bôlhas esparsas. Estas melhoras permitiram levantar-se da cama e caminhar, a princípio com dificuldade, e depois normalmente. No rosto, foi feita apenas aplicação do verniz simples.

Histopatologia — Exame feito, a 18-4-52, em fragmento de pele do braço. Diagnóstico: hipotrofia intensa da epiderme, do derma papilar e raríssimos infiltrados linfocitários peri-vasculares do derma. Formação bolhosa recente, escavada na epiderme e precisamente entre as camadas espinhosa e lúcida. O conteúdo da bôlha é formado quasi exclusivamente por hematias, raros linfócitos, granulócitos neutrófilos, eosinófilos discretamente abundantes, poucos histiócitos.

Nota — O exame histológico não dá outras indicações.

2.ª Obs. — A. S., 24 anos de idade, preto, solteiro, brasileiro, servente de pedreiro, domiciliado em Belo Horizonte. Internado em 8-4-52, na Enfermaria Geral.

H.M.A. — Há 8 meses surgiram bôlhas no rosto, acompanhadas de forte sensação de prurido. Durante um mês, a dermatose ficou restrita a esta sede. Decorrido êste período, a moléstia generalizou-se e, dentro de 2 meses, atingiu a quasi totalidade da pele.

ANAMNESE — Queixa-se, atualmente, de prurido intenso, secreção abundante, provocando a aderência da roupa à pele, com descolamento da epiderme (sinal de Nikolsky espontâneo).

EXAME — A dermatose está generalizada, poupando somente os artelhos e os dedos das mãos. As pernas estão fletidas, em um ângulo de 70°.

Consegue estender as pernas até um ângulo de mais ou menos 120°. Apresenta estado seborreico, acentuado no couro cabeludo. O rosto está completamente atingido por um processo descamativo, alcançando o pescoço. No tórax, notam-se escamo-crostas aderentes e confluentes. No abdome, nota-se parte da pele aparentemente indene, ao lado de bôlhas de conteúdo purulento. Aspecto semelhante na face dorsal do tronco, onde existem, também, ulcerações. Nos membros inferiores, aspecto escamoso bem acentuado, principalmente na face anterior, vendo-se raras bôlhas rompidas. Nos pés, há exfoliação da epiderme, que se faz em grandes retalhos.

EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO — Iniciou a aplicação do verniz de coaltar em 16-4-52, prosseguindo até o dia 30, quando a suspendeu por ter surgido edema no rosto. A pele está muito melhorada. Seis dias depois, começaram a surgir novas bôlhas, localizadas no tronco e nas pernas, em áreas cutâneas então consideradas curadas.

Em 1-6-52, tendo cessado o edema, recomeçou a pincelagem da pele com alcatrão, tendo sido registrada a diminuição das bôlhas novas e regressão das antigas. O movimento da articulação dos joelhos é quasi normal. Houve diminuição do estado seborreico do couro cabeludo.

A duração do tratamento foi de 2 (dois) meses.

EXAME DE LABORATÓRIO — Kahn negativo. Exame de urina: em 7-5-52 — albumina, sais e pigmentos biliares, negativos; piócitos, numerosos; hematias, 6 por cento; células epiteliais, + + ; cristais de ácido úrico, + + ; germes, + ; cilindrosos granulosos, +. Em 6-6-52 — densidade, 1026; albumina, sais e pigmentos biliares, negativos; piócitos, 4 por campo; hematias, 3 por campo; células epiteliais, 3 por campo; cristais de ácido úrico, + + ; cristais de urato amorfo, + + + ; germes, + ; muco, +.

Histopatologia — Exame feito, a 22-4-52, em pele do braço. Diagnóstico: epiderme — discreto estado de hipotrofia, com paraqueratose em algumas zonas e descolamento da camada lúcida, em outras; hipotrofia conspícua dos anexos, especialmente dos folículos pilíferos e das glândulas sebáceas; derma — papilas irregulares, às vêzes achatadas, às vêzes mais finas e mais compridas do que a normal, fato êsse que determina a irregularidade da forma e da disposição dos espaços interpapilares e do epitélio, que se encontra nêles. Inflamação crônica intensa do derma papilar, com disposição predominantemente peri-vascular. Eosinofilia intensa. Grande quantidade de melonóforos no derma papilar.

RESUMO

O autor mostra que até agora não se tem encontrado uma medicação externa satisfatória para o pênfigo foliáceo, a qual por isto se restringe principalmente à balneoterapia.

Anteriormente, fizera um ensaio com unguento de coaltar, em proporção até de 20%.

Atualmente, está usando o coaltar veiculado em verniz permeável de caseina (Unna), em diluição de 3 a 5%.

Tratou 2 (dois) casos de pênfigo foliáceo, durante cêrca de 40 dias, e observou a regressão das bôlhas rompidas e reparação das superfícies exulceradas.

Notou, também, em um dêles, a diminuição do processo extensivo de surto sub-agudo, que não chegou a alcançar a extremidade dos membros (mãos e pés), como sóe acontecer em casos idênticos.

Estes resultados favoráveis não foram definitivos dentro do tempo de observação. Em um dos doentes, cuja medicação foi suspensa, por apresentar edema do rosto, as bôlhas surgiram novamente, chegando, em certas áreas da pele, ao estado anterior.

Fig. 1 (D.A.C.) — E' bem visível, no braço direito, o processo bolhoso, com caráter extensivo. Entretanto, êle não atingiu o têrço médio do antebraço, com aquela intensidade.

Fig. 2 (D.A.C.) — Estado do paciente, 34 dias depois de iniciado o tratamento, após 20 pincelagens do coaltar.

SUMMARY

The Author shows that until now he has not found a satisfactory external medicine for *"PEMPHIGUS FOLIACEUS"* and for this reason its treatment consists mainly of baththerapy.

Before he had made a preparation with "coaltar" ointment in proportion to 20 %.

Presently he is using "coaltar" through a vehicle of casein (UNNA), diluted from 3 % to 5 %.

The Author treated two cases of "PF" during 40 days and observed the regression of broken blisters and the regeneration of the denuded surface.

He noticed also in one of the cases the diminuation of the extensive process of the sub-acute eruption that did not reach the extreme parts of the body (hands and feet), as it usually happens in identical cases.

These favourable results were not definite within the period of observation. In one of the patients whose treatment was interrupted because he showed face edemas, the blisters broke out again, showing in certain skin areas the same conditions as before.

CITAÇÕES

1 — Bory, L.: Therapeutique Medicale. Peau, syphilis et cancer. Paris, Masson et Cie, 1932, vol. V, pg. 75.

2 — Sulzberg, M. B., e Wolf, J.: *a*) Dermatologic therapy in General practice. Chicago, The Year Book Publishers, 1940, pg. 81; *b*) ibid, pg. 53.

3 — Levy, G.: Les medications dermatologiques. Paris, G. Doin et Cie, 1937, pg. 59.

Endereço do autor: rua Itajubá, 250 (Belo Horizonte, Minas Gerais).

Cromomicoses em Pernambuco

Frederico Simões Barbosa e José Renda

Sob as denominações de "dermatite verrucosa", "cromoblastomicose" "cromomicose" e "dermatite verrucosa cromomicótica", é conhecida uma mesma afecção micótica da pele, produzida por hifomicetos pigmentados, pertencentes ao antigo grupo *Dematiaceae*.

A denominação "cromoblastomicose" foi proposta por Terra, Tôrres, Fonseca & Leão (1), a fim de designar esta dermatose, conhecida até então como dermatite verrucosa. Esta última denominação, embora traduza claramente o aspecto clínico, tem o incoveniente de ser aplicável a uma série de outras doenças, com quadro dermatológico semelhante, como a sífilis, tuberculose, leishmaniose, etc.

A expressão "dermatite verrucosa cromomicótica" foi utilizada, inicialmente, por Redaelli (2), e difundida, entre nós, por Tibiriçá (3).

Outras denominações são conhecidas, como "doença de Pedroso e Gomes", "doença de Carrion", etc.

Embora o têrmo "cromoblastomicose" tenha sido aceito pela maioria dos autores da época, e se tenha generalizado, a denominação, por nós preferida neste trabalho, ganha terreno últimamente. Conant et al. (4) adotam a expressão "cromoblastomicose", apenas porque "it has become estabished so firmly in the literature". Recentemente, Langeron (5), e Brumpt (6) aceitam a denominação de "cromomicose".

Frederico Simões Barbosa — Docente-livre de Microbiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife.

José Renda — Assistente da Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife.

N. da R. — A expressão "cromomicose" corresponde à de "Mycosis Lane-Pedroso", da Nomenclatura da Soc. Brasil. de Dermat. e Sif., Rio de Janeiro, 1950.

Queremos aproveitar a oportunidade para corrigir um ligeiro lapso da última edição da Parasitologia de E. Brumpt (6), onde êste autor atribui a Langeron prioridade no emprêgo do têrmo "cromomicose". Na realidade, o próprio Langeron (5) é contraditório ao afirmar, em seu *Précis de Mycologie*, que propõe designar a doença por "cromomicose" quando, mais abaixo, diz claramente que esta denominação foi adotada por F. de Almeida (7).

Para desfazer o mal-entendido, ler o trabalho de Moore e Almeida (8), onde, pela primeira vez, foi empregada a expressão "cromomicose": "we propose that the name chromoblastomycosis be simplified to chromomycosis in order to remove the possibility of further confusion with the already misinformative term blastomycosis".

A cromomicose foi descrita, inicialmente, por Medlar (9) e Lane (10), nos EE. UU., embora desde 1911 fôsse conhecido, de Pedroso e Gomes (11), o primeiro caso desta curiosa afecção. Os casos de Pedroso e Gomes foram publicados apenas em 1920. A cultura enviada a Brumpt foi classificada como *Hormodendrum Pedrosoi* (12).

Vários outros casos são conhecidos na literatura médica, sendo, no entanto, a cromomicose doença relativamente rara. Sua distribuição geográfica inclui a América do Sul, América Central, EE. UU., Canadá, Rússia, África, Japão e Oceania, sendo o Brasil considerado o maior foco da doença. Até 1939, F. de Almeida (7) reuniu, em seu livro, 54 casos nacionais (*). Depois desta data, numerosos outros casos foram publicados. Em Minas Gerais, Aleixo (13) assinala 27 casos de cromomicose, estudando 12 dentre êsses. N. N. Silva (14) estuda 9 casos no Rio Grande do Sul. Barros Barreto (15) coligiu apenas 50 observações em todo o território brasileiro. De qualquer maneira, estes números representam cêrca de metade da casuística mundial. Recentemente, Weidman e Rosenthal (16) fizeram a revisão bibliográfica de 102 casos.

Em Pernambuco, esta micose não parece ser mais freqüente que nos demais Estados, embora acreditemos que alguns casos tenham passado sem diagnóstico ou confundidos com outras doenças apresentando quadro semelhante. Muito provàvelmente, no nosso interior, casos de cromomicose continuam, em sua cronicidade, a evoluir sem diagnóstico.

O primeiro caso pernambucano foi o publicado em 1931, e, o segundo, em 1933, ambos da autoria de Jorge Lobo (17 e 18).

(*) F. de Almeida (7), em seu livro, atribui ao Estado de Pernambuco três casos de cromomicose, mas, posteriormente, em comunicação pessoal a um de nós, corrigiu êsse número para dois, o que concorda com o que dissemos acima. Barros Barreto (15) refere apenas um caso em Pernambuco, embora mencione, em sua bibliografia, os dois trabalhos de J. Lobo (17 e 18).

No entanto, no arquivo da Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife, Jorge Lobo conserva material histopatológico de cinco casos inéditos, no espaço de 17 anos, e cuja relação é a seguinte:

1.º) — B 46 — José Miguel.
2.º — B 663. F. 2518 — Malaquias Morais Oliveira, brasileiro, pardo, 45 anos, sexo masculino, agricultor, casado, residente em Canhotinho (Pernambuco). Doente há três anos. Lesões na perna e dorso do pé esquerdo. Esteve três vêzes internado neste Hospital, em 1938, 1939, 1940.
3.º — B 1056. F. 4136 — Antônio Guilhermino da Silva, pardo, brasileiro, 45 anos, sexo masculino, agricultor, casado, residente em São Bento (Pernambuco). Doente há um ano. Lesões úlcero-vegetantes. Hospitalizado em fevereiro de 1944.
4.º — B 1359 — Caetano Clemente.
5.º — João Manoel da Silva.

Infelizmente são estes os únicos dados que possuimos sôbre os referidos casos. Nem por isso deixam êles de merecer registro, porque o diagnóstico foi estabelecido pelo exame histopatológico, com encontro do parasito nos tecidos. Deve-se, assim, atribuir a Jorge Lobo, a quem agradecemos a permissão de publicar estes dados, o conhecimento de sete casos, de cromomicose, em Pernambuco, todos êles diagnosticados na Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife.

Passamos, a seguir, a estudar o 8.º caso pernambucano, ainda êste da clínica de J. Lobo:

Caetano C. da Silva, branco, com 47 anos, agricultor, casado, residente em S. Caetano (Pernambuco).

Acha-se doente há 18 anos. Refere que sua doença começou no primeiro pododactilo esquerdo, por uma pápula pruriginosa, às vêzes com sensação de ardência, que paulatinamente se tornou vegetante. Outras lesões, que tiveram evolução semelhante, foram surgindo em ordem ascendente, sempre na perna esquerda (articulação metacarpo-falangiana, bordo interno do dorso do pé, têrço inferior da perna e na goteira ao lado esquerdo do tendão de Aquiles). Segundo informam o paciente e pessoas de sua família, estas lesões nunca se ulceraram.

No artelho referido, há uma lesão vegetante, bem delimitada, quadrangular, com cêrca de 3 x 2 cm, em suas maiores dimensões, de coloração amarelo-sujo, que não adere ao plano subjacente, como também nenhuma das outras. Esta lesão é constituída por uma vegetação papilomatosa e crostosa, de consistência pastosa dura, ve-

getação que, por sua vez, é formada por um conglomerado de excrescências cônicas, muito pequenas, separadas entre si por sulcos.

O pinçamento entre dois dedos arranca esta massa crostosa, sem despertar muita dor. A retirada desta massa deixa ver, então, uma superfície irregular, rósea, com papilas pequenas, desiguais no tamanho, que logo ficam escondidas no sangue, pela hemorragia imediata. Estas papilas se infiltram na base desta substância crostosa, onde deixam impressa a sua configuração. Em certos pontos, a superfície papilomatosa rósea é substituída por outra de côr esbranquiçada.

A expressão desta lesão e da localizada na articulação metacarpo-falangeana determina o escoamento de secreção purulenta e cremosa, rica em elementos parasitários.

As demais lesões apresentam caracteres idênticos, pelo que deixam de ser descritas. Apenas nas lesões do têrço inferior da perna e do maléolo externo não há nenhuma espécie de secreção.

O estado geral do paciente é bom. Os gânglios inguinais, do tamanho de azeitonas, são móveis e indolores.

As reações de Wassermann, Kahn e Kline, no sangue, foram negativas (Dr. A. Souto Neto).

A eritro-sedimentação revelou 4 mm na 1.ª hora e 7 mm na 2.ª. Índice de Katz = 3,75.

A fórmula leucocitária foi a seguinte:

Neutrófilos	
Metamielócitos	— 1 %
c/ núcleo em bastão	— 2 %
c/ núcleo segmentado	— 58 %
Poliform. eosinófilos	— 6 %
" basófilos	— 0
Linfócitos	— 31 %
Monócitos	— 2 %

A pesquisa, pelo exame direto do pús que saía à expressão, sempre se revelou positiva. A fig. 2 mostra as células septadas, impròpriamente chamadas células escleroticais. São vistos filamentos miceliamos septados, encontro não muito freqüente.

Culturas foram obtidas das lesões, com muita facilidade, em meio de Sabouraud. O cogumelo filamentoso apresentava, sôbre os meios comuns, seu aspecto e côr característicos.

O micélio é quase negro, as hifas são ramificadoras e septadas. Os tipos de reprodução comumente encontrados foram o *Hormodendrum* e o "cajado nodoso", o tipo *Phialophora* sendo muito raro.

Não sendo objetivo dêste trabalho discutir a ainda não esclarecida questão da micologia da cromomicose, preferimos denominar

1

o fungo isolado de *Phialophora verrucosa*, de acôrdo com o ponto de vista defendido por Langeron (5). A tendência atual é considerar os diversos aspectos morfológicos, encontrados por diferentes autores, em amostras diversas, como variações intra-específicas. Nossa experiência, com o exame de numerosas amostras de fungos das cromomicoses, tem-nos ensinado que estes diferentes aspectos morfológicos, tão bem estudados por Moore e Almeida (8), apresentam, no entanto, certa constância em determinadas amostras.

As controvérsias que se observam, quanto ao nome desta micose, notam-se também no que se refere ao diagnóstico, que muitas vêzes é difícil, não só pelas possibilidades de confusão com outras dermatoses, como porque pode se apresentar sob várias formas. Além das inúmeras descritas, ultimamente Calero (19), que vem estudando a cromomicose no Panamá, no mesmo paciente descreve a forma mais comum e, no dorso do dedo médio da mão direita, localização excepcional, uma nova forma que classificou de eczematóide.

Baseados nas comunicações de Joaquim Mota (2), sôbre o tratamento da cromomicose pela folicilina, e na de C. Bopp (21), pela podofilina, submetemos êste caso primeiramente à ação da folicilina, nas doses diárias recomendadas pelo autor, durante um espaço de tempo de mais de 20 dias. Com esta medicação pareceu-nos, a princípio, que conseguiríamos bom resultado. As lesões começaram a esmaecer, as formações miceliânas abundantes ao redor dos esporos, tinham desaparecido e os parasitos tomaram uma tonalidade clara, embora continuassem em grande quantidade. No entanto, apesar de continuarmos com a mesma medicação, as lesões voltaram a florescer. As dificuldades surgidas para prosseguirmos com êste tratamento, levaram-nos a tentar a podofilina, em óleo mineral, a 20%, durante oito dias consecutivos, sem que obtivéssemos resultado. Feita a eletrocoagulação o paciente se retirou do hospital.

RESUMO

Os autores descrevem um caso de cromomicose e fazem referência a outros 5 casos, observados na Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife (prof. Jorge Lobo), durante os últimos 17 anos. A casuística da doença, no Estado de Pernambuco, eleva-se a 8 casos, considerando outros 2 pacientes estudados pelo prof. Jorge Lobo.

SUMMARY

The AA. describe one case of chromomycosis and refer other five cases observed in the Dermatologic Clinic (prof. J. Lobo) of the Medical School, University of Recife, during the past 17 years. The casuistics of the disease in the State of Pernambuco is raised to 8 considering other two patientes studied by prof. J. Lobo.

Fig. 1 — Lesões observadas no membro esquerdo do paciente C. C. S.

Fig. 2 — Foto-micrografia de secreções retiradas das lesões, vendo-se as chamadas "células esclerociais" e filamentos do cogumelo.

CITAÇÕES

1 — Terra, F., Tórres, M., Fonseca, O., e Areia Leão, A. E.: Novo tipo de dermatite verrucosa. Brasil-med. 36:363, 1922.

2 — Redaelli, P.: A sistematização atual das chamadas "blastomicoses". Res. clin. cient., 6:60 (fev.), 1937.

3 — Tibiriçá, P. Q. T.: Anatomia patológica da dermatite verrucosa cromomicótica. Tese, São Paulo, 1939.

4 — Conant, N.F.: The occurrence of a human pathogenic fungus as a saprophyte in nature. Micologia, 29:597 (maio), 1937.

5 — Langeron, M.: Précis de Mycologie. Paris, Masson et Cie., 1945, pg. 548.

6 — Brumpt, S. — Précis de Parasitologie, Paris, Masson et Cie., 1921, pg. 1695, 6.ª ed.

7 — Almeida, F.: Micologia Medica, São Paulo, Cia. Melhoramentos de São Paulo, 1939, pg. 580 e 583.

8 — Moore, M., e Almeida, F.: Etiologics agents of chromycosis of North and South America. Rev. biol. e hyg., 6:94 (fev.), 1935.

9 — Medlar, E. M.: A cutaneous lesion caused by a new fungs, Phialophora verrucosa. J. Med. Res., 32:507, 1915.

10 — Lane, C. G.: A cutaneous lesion caused by a new fungus (Phialophora verrucosa). J. Cut. Dis., 33:840, 1915.

11 — Pedroso, A., e Gomes, J. M.: Sôbre quatro casos de dermatite verrucosa produzida pela Phialophora verrucosa. An. paul. de med. e cir., 8:53, 1920.

12 — Brumpt, E.: Précis de Parasitologie, Paris, Masson et Cie., 1921, pg. 1105, 3.ª ed.

13 — Aleixo, J.: Subsidio ao estudo da cromomicose. Belo Horizonte (Tese editada pelo autor), 1946.

14 — Silva, N. N.: Cromoblastomicose no Rio Grande do Sul. An. brasil. de dermat. e sif., 24:113 (jun.), 1949.

15 — Barros Barreto, A. L.: Fungos produtores da doença de Pedroso e Carrion. Hospital, Rio de Janeiro, 23:577, 1943, e 23:743, 1943.

16 — Weidman, F. D., e Rosenthal, I. H.: Chromoblastomycosis. A new and important blastomycosis in North America. Am. J. Trop. Med., 16:593, 1941.

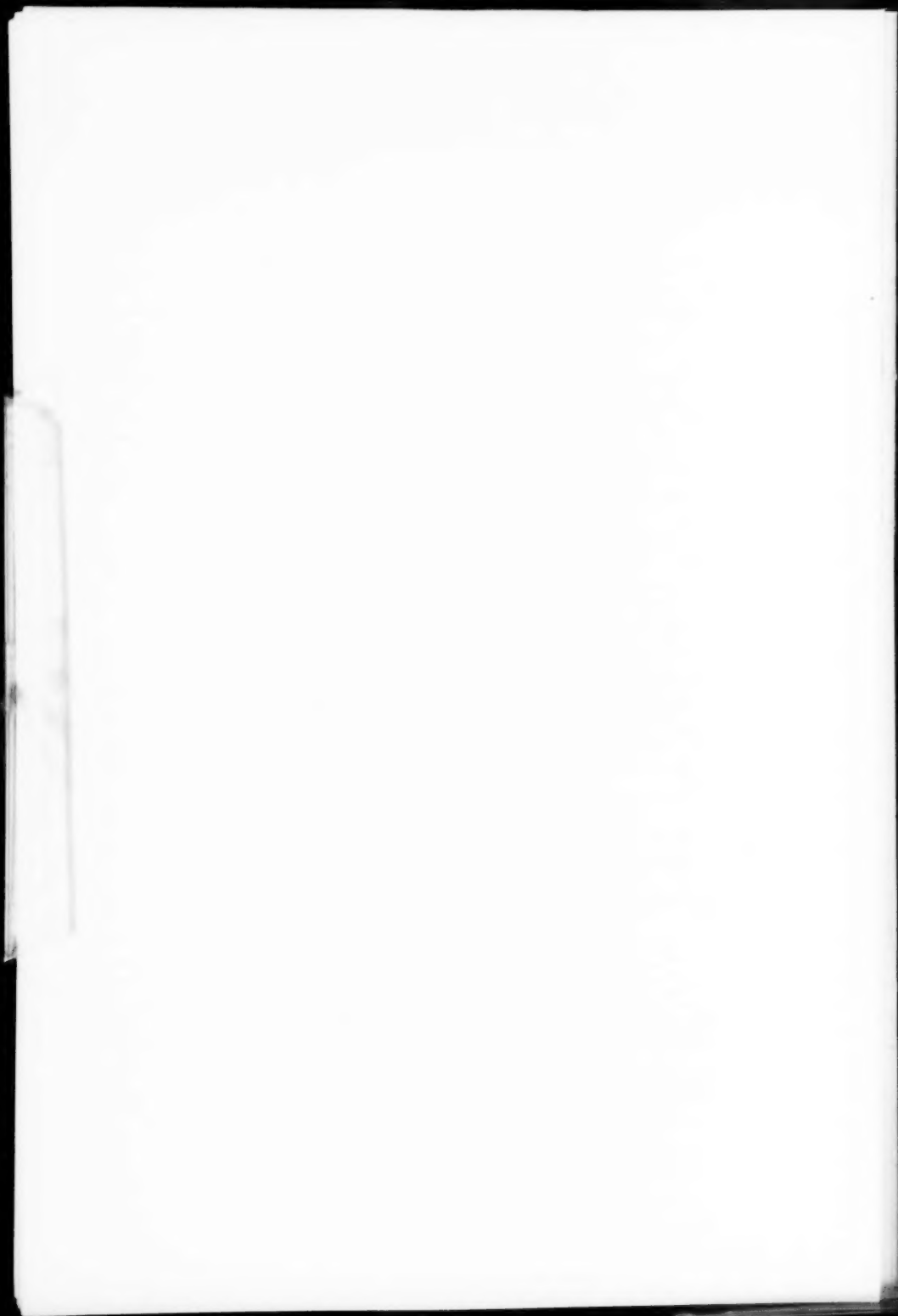
17 — Lobo, J.: Cromoblastomicose. Rev. méd. Pernambuco, 1:163 (abr.), 1931.

18 — Lobo, J.: Contribuição ao estudo das blastomicoses. Recife (Tese), 1933.

19 — Calero, A.: Chromoblastomycosis in Panamá. Arch. Dermat. & Syph., 57:266 (fev.), 1948.

20 — Mota, J.: Cromomicose de aspecto insólito. An. brasil. de dermat. e sif., 17:215 (set.), 1942.

21 — Bopp, C. Sôbre um caso de cromomicose. An. brasil. de dermat. e sif., 22:204 (dez.), 1947.

Enderêço do autor (J.R.): Ed. Trianon, s. 101 — av. Guararapes (Recife, Pernambuco)

Artigo especial

Nomenclatura dermatológica

(Notas marginais ao trabalho da Comissão Brasileira)

F. E. Rabello

"Names are good servants but bad masters".
(Jon. Hutchinson)

A idéia de um acôrdo internacional sôbre a terminologia da especialidade foi colocada em têrmos precisos em o Congresso de Budapesth (1935), cuja Comissão de Terminologia aprovou as diretivas anteriormente recomendadas pela Sociedade Húngara de Dermatologia, trabalho de von HERCZEG em colaboração com os seus colegas GUSZMAN, BALLAGI e KENEDY.

A prudência e a sagacidade dessas recomendações colocam-nas ainda hoje como um modêlo a seguir, nem há como e porque modificá-las. Entretanto, não é menos certo de que a ampla discussão dêste tema levanta ainda outras questões, igualmente importantes. Não sòmente questões de doutrina, como também de didática, e até de semântica, e lógica, imprescindíveis neste terreno.

A *lógica*, êsse atributo ideal de tôda nomenclatura científica, é, sem embargo, a que mais sofre ao impacto das contingências e vicissitudes da linguagem técnica.

Essa condição de bôa lógica está exemplarmente colocada no relatório de J. H. Rille (1935), onde se preceitua que *a cada têrmo dermatológico corresponda um fato morfológico e um conceito preciso*: "Hinter dem unserer dermatologischen Termini eine morfologische Wirklichkeit, hinter jedem Worte ein Begriff".

Exemplos diversos podem ser aqui apreciados. Seja o primeiro fornecido pela noção de "microbide" (abreviadamente "ide"), segundo JADASSOHN e BLOCH. Introduzida em nossa linguagem dermatológica em 1929, havia de encontrar, como encontrou, dificuldades diante de velhos têrmos já consagrados. Para certos casos — as

tuberculides, as dermatofitides, as framboesides, o entrosamento foi desde logo perfeito. Entretanto, no caso particular da sífilis, dificuldades ocorrem, em particular porque o têrmo "sifílide" (ALIBERT, 1837) é uma criação já secular, uma noção puramente morfológica sem nenhum sentido patogenético implícito. Por outro lado, é a própria biologia da sífilis que contribui com outra dificuldade, pois a moléstia distribui, sem ordem, as suas "microbides" desde os primórdios (roséola — *syphilid erythematosa precox*), até as "ides" granulomatosas (sifílides eritêmato-nodosas), e de novo formas parvi-inflamatórias ("eritema terciário", "sifílide quaternária" — Brocq, "*syphilid erythematosa tarda*").

Seria difícil, e até pouco recomendável, abandonar um têrmo já consagrado como "sifílide papulosa" (em favor p. ex. de "sifiloma papuloso"), conquanto já seja bem conhecido o de "proto-sifiloma", para o cancro.

Essa maneira de assegurar o contraste com as "ides" lesões imuno-biològicamente diferentes, nós já a utilizamos, seja com o sufixo "ose" (p. ex. tuberculoses versus tuberculides (*), dermatofitoses versus dermatofitides), seja com o sufixo "oma" (p. ex. leproma versus leprides, framboesoma versus framboesides).

Contudo, em outra treponematose — a pinta, as mesmas dificuldades ocorrem, pois o excelente e feliz têrmo de "pintide" (Leon Blanco), tal como "sifílide", designa por igual as eflorescências habitadas e deshabitadas. Aqui também parece ocioso restaurar o critério de "ide", conquanto se possa recorrer a um têrmo novo (p. ex. *pintigem*, como "empeine" deu empigem), para opor a pintide.

Caso também interessante é o que se refere ao emprêgo do sufixo "ose", em oposição ao sufixo "ite", que, e mpatologia geral, opõe, nos tempos de hoje, as lesões degenerativas ou distróficas, às inflamatórias (p. ex. — nefrose versus nefrite, labirintose versus labirintite, amiloidose, ocronose, etc).

Contudo, em dermatologia (e para começar temos "dermatose" versus "dermatite"), os sufixos em aprêço são utilizados metòdicamente desde DARIER (Précis 1907, 1921, 1928) de geito que os têrmos em "ose" designam as formas dermatológicas elementares — tais como queratoses, escleroses, foliculoses, hidroses, tricoses, onicoses, ficando os têrmos em "ite" subordinados aos primeiros; p. ex. — entre as foliculoses tomam lugar diversos tipos de "foliculite", entre as hidroses está a hidro-adenite, entre as tricoses — formas inflamatórias como o Kerion tricophyticus. Aqui também a Comissão foi conservadora, tendo procurado apôio e modêlo no trabalho de J. MOTTA (1944) sôbre as foliculoses, de diversos lados muito apreciado.

(*) — Aqui, já a semiologia permite distinguir:
— as formas dérmicas com tendência destrutiva (tuberculoses ou tísicas);
— as formas papulóides, exantemáticas, de curso agudo ou sub-agudo (tuberculides).
— as formas nodulares profundas dermo-hipodérmicas, sendo ausente ou limitada a tendência destrutiva (tuberculoses atípicas).

Ainda em obediência à regra de RILLE — unir estreitamente a noção morfológica a um conceito preciso, teremos as seguintes igualdades:

Impetigo — moléstia específica por estrepto ou estafilococo.
Herpes — moléstia específica pelo vírus herpético.
Verruga — moléstia específica pelo vírus verrugoso, etc.

Condenadas, e portanto caindo em sinonímia, as seguintes expressões, por ambíguas:

em vez de Impetigo herpetiformis — ***Pustulosis herpetiformis.***
em vez de Herpes gestationis — ***Dermatitis herpetiformis gestationis.***
em vez de Herpes circinado — ***Dermatophytia circinada.***
em vez de Verruca peruviana — ***Morbus Carrion.***
em vez de Verruca necrogenica — ***Tuberculosis verrucosa.***
em vez de Verruca acuminata — ***Condyloma, etc.***

As "*antigas e clássicas designações*" devem ser mantidas. Já um mestre da historiografia dermatológica — Sabouraud, defendia "les vieux mots par celà même qu'ils sont vagues...".

Mais recentemente, G. Petges defende êsses velhos têrmos "in optima forma" opinando: "Le consensus omnium qui les a fait adopter doit les protéger. Um mot, faisant image, non tendancieux, mérite d'être consérvé s'il qualifie, dans l'esprit de tous, una affection bien définie, même s'il ne renseigne pas sur son origine".

Restaria, porém, chegar a acôrdo sôbre a maneira e critérios utilizados em vista de "proteger" os velhos têrmos. De fato, a atribuição de um sentido preciso — seja apenas do ponto de vista clínico-anatômico, já pode implicar em revolução de grande conseqüência quanto è *simplificação*, o alvo máximo.

Seja dado o caso do têrmo "Lichen" que, conforme propomos aqui, passaria a designar exclusivamente a afecção clínica — e histològicamente bem definida, pela primeira vez bem descrita por E. Wilson (1869) com o nome de "lichen planus".

Veja-se, agora, como "proteger" um antigo têrmo resulta em apreciável simplificação da linguagem técnica, fazendo cair em sinonímia as expressões ambíguas:

em vez de Lichen simplex acutus — ***Prurigo simplex.***
em vez de Lichen chronicus — ***Lichenificatio vulgaris.***
em vez de Lichen urticatus — ***Prurigo-estrophulus.***
em vez de Lichen verrucosus — ***Lichenificatio verrucosa*** (sem prejuízo dos casos de autêntico líquen verrucoso).
em vez de Lichen corneus hypertrophicus — ***Lichenificatio macropapulosa.***

em vez de Lichen amyloidosus — *Amyloidosis cutis*.

em vez de Lichen sclerosus et atrophians, Lichen albus — *Sclero lichen atrophians* (sem prejuizo dos casos de autêntico Lichen atrophicus).

em vez de Lichen annularis — *Granuloma annulare*.

em vez de Lichen diabeticus s. glycosuricus — *Xantoma diabeticorum, etc.*

Outros exemplos parecem desnecessários para demonstrar como se pode fazer a "limpeza" de um velho têrmo, e liquidar de uma vez com o acervo de fatos, — inteiramente disparatados, que fazia do grupo Lichen "le réseau inextricable des lichens", para lembrar precisamente o grande nome de Louis Brocq, a quem se deve com L. M. Pautrier a revisão do grupo. É que, de fato:

— a nomenclatura dermatológica ficará simplificada mais tarde ou mais cedo, em virtude mesmo da constituição de novos núcleos de agrupamento nosológico.

Haverá naturalmente sempre alguma aquisição no terreno analítico, a despeito de certas posições de resistência, como o caso de Sabouraud, ignorando, em 1928, a dualidade dos Impetigos — assunto liquidado desde 1912 por Lewandowsky.

Entretanto, muito mais se fará no terreno da síntese, e aqui sejam apontadas as dificuldades na discriminação das moléstias purpúricas hêmato-pigmentares, uma vez que para o histo-patologista haverá sempre em algum grau "hemorragia" e "inflamação". Mas com esta diferença: — que nas "púrpuras", a hemorragia é o fato clínico indisputável dominando o quadro, ao passo que nas "angioses" pode faltar a hemorragia, para predominar em tal forma (Schamberg) a hemossiderose, em tal outra púrpura e telangiectasias (Majocchi). No outro extremo do grupo deverão ficar, salvo melhor juízo, os casos freqüentes e mesmo banais de verdadeira "angiodermatite", isto é, quando hemorragia, hemossiderose e mesmo telangiectasia assentam em uma derme intensamente inflamada e infiltrada (estádio pré-ulceroso de Favre — Stasic dermatitis dos autores de língua inglêsa). Neste sentido, faz-se aqui um esfôrço para aceitar a recente proposta, feita por J. Ramos e Silva, em favor da supressão das "hemossideroses" como síndrome.

Em outros casos, o abandono definitivo impõe-se por motivos diversos:

— desaparece a expressão "white spot disease", parte na esclerodermia em gôtas, parte no pseudo-líquen escleroso, e talvez ainda na "Kartenblattaehnliche sclerodermie" (cf. MIESCHER);

— desaparece a expressão "cilindroma", pelo menos para designar uma entidade clínico-anatômica, restando apenas, *no plano histopatológico* a noção de "cilindromização", comum em certos tumores

e nervos (cf. investigações nossas com H. Portugal e G. L. Rocha — 1946);

— desaparece a "erupção variceliforme" (KAPOSI 1887), ocorrendo secundàriamente em lactentes portadores do Eczema-Prurigo tipo BESNIER, seja pela inoculação de vírus herpético ("herpes variceliforme"), seja de vírus vacinal, ou talvez mesmo o bacilo diftérico;

— desaparece o "ulcus vulvae acutum" (LIPSCHUETZ 1917) na vasta síntese das "aftoses", conforme KUMER (1941), TOURAINE (1944) e proposta agora feita à Comissão Brasileira pelo colega RAMOS e SILVA.

As *micoses profundas*, causadoras da síndrome de linfangite gomosa moniliforme, são em tal número que a sua nomenclatura seria impraticável: fungos dos gêneros Dematium, Hormodendrum, Acladium, Acaulium, Hemispora, Sporotrichum... estão em causa, na quase totalidade dos casos.

Existe, entretanto, a possibilidade de reduzir estas formas a um denominador comum, pois podem tôdas determinar o aspecto da linfangite em cadeia, e a infecção cura sob o iodeto de potássio. É o caso, pois, conforme temos insistido, de reservar o velho têrmo — *Esporotricoses* (no plural) para reunir essas formas, uma expressão que ainda tem por si a prioridade.

A expressão "dermatite verrucosa", adotada agora no sentido de grande síndrome objetiva, uma feliz proposta do colega RAMOS e SILVA à Comissão, agrupa sob um velho têrmo uma série de estados verrucosos especialmente freqüentes nos climas quentes, em geral incidindo em os membros inferiores — desde o "pie musgoso" ("moossy-foot"), até as formas verrucosas da tuberculose, da leishmaniose, da micose de LANE-PEDROSO (no passado a expressão foi criada para esta última).

Os "*nomes de duas moléstias inteiramente diferentes em caso nenhum deverão estar combinados*". Aqui, nova série de incongruências poderiam ser mencionadas, em parte em função do ítem anterior, caindo em sinonímia velhas expressões:

em vez de Lichen tricophyticus — *Tricophytid lichenoides*.
em vez de Lichen syphiliticus — *Syphilid lichenoides*.
em vez de Lichen framboesicus — *Framboesid lichenoides*.
em vez de Lichen scrofulosorum — *Tuberculid lichenoides*.
em vez de Pemphigus syphiliticus — *Syphilid bullosa neonatorum*.
em vez de Herpes zoster — *Zona* (*s. Zorter*).
em vez de Psoriasis syphiliticus palmaris et plantaris — *Syphilid psoriasiformis palmaris et plantaris, etc.*

Há que "*evitar-se, o quanto possível, designar uma moléstia pelo nome de autor, a menos que não ocorra outra melhor denominação*".

Apresentam-se, porém, exceções de vulto, fazendo do emprêgo de epônimos um recurso imprescindível no estado atual da ciência, utilizável pelo menos em certas eventualidades. É o caso das *moléstias devidas a cogumelos*, onde a confusão é grande por motivo das incertezas e constantes flutuações da sistemática dêsses parasitos. Teríamos, assim:

em vez de Paracoccidioides — *Mycosis Lutz*.
em vez de Coccidioides — *Mycosis Posadas-Wernicke*.
em vez de Chromoblastomycosis — *Mycosis Lane-Pedroso*.
em vez de Blastomycosis — *Mycosis Gilchrist, etc.*

Em outros casos, recorrer-se-á ainda aos epônimos, sempre que por motivos de semântica, da natureza, ou da etiologia de certas moléstias a coisa fôr imprescindível:

em vez de Verruca peruviana — *Morbus Carrion*.
em vez de Sarcoma múltiplo pigmentar — *Morbus Kaposi (reticulo-angiomatodes)*.
em vez de Neurofibromatose — *Morbus Recklinghausen (neurocutaneum)*.
em vez de Dyskeratosis follicularis vegetans — *Morbus Darrier, etc.*

Ainda uma alusão complementar aos nomes de autor, ou autores, é recomendável sempre que a designação principal continue, seja demasiado ampla, seja vaga ou imprecisa:

assim p. ex. *Dermatite polimorfa (Duehring-Brocq.)*.
Aphtosis (Gilbert-Behcet).
Ceratodermia palmo-plantar hereditária (Unna-Thost, Hororka-Ehlers, Brauer).
Sarcoidosis (Boeck-Schaumann), etc.

Igualmente recomendável será "*abandonar tôda designação que veicule viciosamente uma noção patológica utilizando o nome do órgão onde assenta a moléstia, ou da causa que a provoca*". E, portanto:

em vez de Língua negra vilosa — *Glossokeratosis nigra villosa*.
em vez de Lingua geográfica — *Glossite exfoliativa geographica*.
em vez de Língua escrotal — *Glossodysplasia scrotaliformis*.
em vez de Cutis laxa — *Chalazodermia*.
em vez de Cutis hiperelástica — *Elastodermia*.
em vez de Cutis verticis gyrata — *Dysplasia capitis gyrata*.

em vez de Larva migrans — *Helmintíase ou Miíasis migrante.*
em vez de Berne — *Miíase furunculosa.*
em vez de Pé de Madura — *Micetoma pedis.*
em vez de Pie musgoso — *Dermatitis verrucosa.*
em vez de Pili torti — *Trichokinesis, etc.*

Até aqui, conquanto em meio a dificuldades por vêzes sérias, de ordem sobretudo taxinômica, estivemos em terreno quase sempre muito esplanado, estando em debate matéria clássica. Ocorre, porém, ainda um certo número de estados mórbidos cuja nomenclatura, por fôrça de investigações comparativamente mais recentes, merece atenta consideração, em vista de maior pureza da linguagem técnica, e isto ver-se-á melhor no decorrer desta exposição.

Trabalhos como êste, agora levado a bom têrmo pela Comissão da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, transcedem largamente o carater acadêmico, sempre que se trata de países onde, como em o Brasil, grassam endêmicamente graves moléstias da pele e das mucosas.

Então, os interêsses de uma bôa *doutrina* unem-se intimamente à importância *didática*, de uma quanto possível exata Nomenclatura.

Quase não será mais preciso mencionar o caso da *lepra*, um terreno para o qual os dermatólogos latino-americanos levaram a um tempo uma notável simplificação taxinômica, e uma doutrina límpida.

O acôrdo, agora internacional, em tôrno da lepra, animou a Comissão a tentá-lo no domínio da Sífilis.

Foram aqui preciosas a experiência e as ponderações dos nossos sifilógrafos da Fundação Gaffrée-Guinle — os colegas J. Motta e H. Moura Costa, incumbidos da redação dos verbetes em questão.

Já a básica divisão em sífilis "adquirida" e "congênita" dá lugar a disputas terminológicas. Elas têm visado a expressão "sífilis congênita", conquanto para nós, no Rio de Janeiro desde 1938, a palavra "congênita" venha sendo adotada em substituição a "hereditária".

A discussão do ponto está resumida na "Nomenclatura" da Clínica Dermatológica Universitária, cujos têrmos a Comissão aceitou (x), adotando unânimemente a expressão "sífilis congênita":

— "hereditária" é, por assim dizer, a expressão clássica, mas errada, porque até agora não se comprovou a transmissão hereditária das infecções, em patologia humana;

— "pré-natal" não serve, é ambígua e ajusta-se também e melhor à sífilis da gestante *suscetível* (não fatal !) de infectar o feto, além do que a moléstia congênita só é *manifesta* ao nascimento não

raramente mais tarde, ou à expulsão de um feto macerado (a *infecção* foi pré-ntal, mas a *moléstia* é congênita);

— "co-natal" (ORTH), além da cacofonia, exclui o que se passa *antes* do nascimento;

— enfim, "innata" (E. HOFFMANN) em bôa etimologia é *inerente*, nascido *em*, tal como "ingênita" significa infundido *desde* o nascimento;

— em resumo: o têrmo "congênito" tem em comum com os demais o valor de *nascido com*, além da vantagem de significar *gerado com* — isto é, juntamente (levando-se em conta que a sífilis — como infecção, só é aparente a partir do 5.º mês de vida intra-uterina).

No que vai a seguir, ver-se-ão aplicadas as recomendações até agora ilustradas e comentadas *(em itálico sempre que se tratar de matéria nova subsequente à publicação da S.B.D.S., em 1950)*.

ABCESSO TUBEROSO DA AXILA :
v. HIDRADENITIS.

ACANTHOID SIVE KERATOIDE PSEUDO-NŒVUS (*Kaiserling 1932*) :
v. NŒVUS SENILIS

ACANTHOLYSIS BULLOSA HEREDITARIA (Behrend) :
v. EPIDERMOLYSIS BULLOSA.

ACANTHOMA ADENOIDES CYSTICUM (Unna) :
v. NÆVUS TRICHO-ADENOIDES CYSTICUM.

ACANTHOSIS NIGRICANS (ACANTOSE NIGRICANTE)

Sin. — Distrofia papilar e pigmentar; Keratosis nigricans, etc.

Def. — Dermatose de causa desconhecida caracterizada por hiperpigmentação, hipertrofia papilar, hiperceratose, localizando-se preferentemente nas dobras, particularmente nas axilas, podendo haver participação das mucosas. São relativamente freqüentes as formas frustas "juvenis" e mais raras as formas intensas que, depois dos 40 anos, costumam complicar-se de carcinoma visceral.

ACANTHOSIS PRURIENS (Fox-Fordyce) (Acantose pruriginosa Fox-Fordyce):

Sin. — *Chronic itching papular eruption of the axillae and pubes (Fox-Fordyce 1902-1906).*
Fox-Fordyce syndrome (Whitfield 1923).

Def. — *Afecção predominante mas não exclusiva do sexo feminino, surgindo depois da puberdade, em muitos casos exacerbada na época menstrual, caracterizada por um aglomerado de eflorescências papulóides, extraordinàriamente pruriginosas, localizadas em axilas, mamilo, pube, eventualmente umbigo, grandes lábios e períneo. Estas regiões são especialmente ricas em glândulas sudoríparas apócrinas e sugerem a natureza endócrina da afecção.*

(*) Foram também submetidos por nós, em tempo, ao Sr. Prof. A. Nascentes, a quem mais uma vez agradecemos a gentil e sempre segura colaboração.

ACANTHOSIS VERRUCOSA SEBORRHOICA (Wælsch) :
v. NÆVUS SENILIS.

ACARODERMATITIS URTICARIOIDES (Schamberg (1901) :
v. EPIZOONOSIS SCABIOIDES.

ACNE (ACNE)

Def. — Sindrome seborreica caracterizada na forma vulgar ou polimorfa pelo cômedo, ou seja o produto do encistamento do filamento seborreico.

ACNE A CICATRICES DEPRIMEES (Besnier-Doyon) :
v. ACNE NECRÓTICA.

ACNÉ ATROPHIQUE (Chausit) :
v. ERYTHEMATODES (Vulgare).

ACNE CACHECTICORUM (Hebra) :
v. TUBERCULIDE PAPULO-NECRÓTICA e tb. ACNE CONGLOBATA.

ACNE CHELOIDALIS :
v. FOLLICULITIS SCLEROTISANS (NUCHÆ, BARBÆ).

ACNE CONGLOBATA (ACNE CONGLOBADA)

Def. — Sindrome seborreica aparentada com a acne vulgar pela presença constante de cômedos, particularmente volumosos e aos grupos de 10, 20, ou mais, e de pápulo-pústulas e pústulas, enfim pelo início constante nas regiões seborreicas.

A marcha desta forma de acne é extraordinàriamente tórpida, ela se conta por anos, e acaba por propagar-se a vastas extensões de pele já muito para longe das áreas seborreicas. Em seu período de estado esta acne é caracterizada por grandes placas cianóticas com pontos de flutuação, abcessos dérmicos, e hipodérmicos, cistos oleosos de odor butírico em geral ligados por trajetos fistulosos, verdadeiras galerias de mina intra e subcutânea, cuja recuperação se faz em parte com cicatrizes queloidianas.

Em certos casos constituem-se lesões serpígino-ulcerosas e vegetantes, que devem ser interpretadas como autênticas piodermites estafilocócicas-episódicas, e não pertencendo necessàriamente ao quadro desta sindrome.

ACNÉ CORNÉE (Hardy 1863) :
v. KERATOSIS FOLLICULARIS.

ACNE DECALVANTE (Lailler-Robert)
v. FOLLICULITIS DEPILANS CAPITIS.

ACNÉ EXCORIÉE DES JEUNES FILLES (Brocq 1898) :
v. EXCORIATIO NEUROTICA.

ACNE FRONTALIS s. VARIOLIFORMIS (Pick 1889) :
v. FOLLICULITIS NECROTISANS (SEBORRHOICORUM).

ACNÉ HYPERTROPHIQUE (Leloir-Vidal) :
v. ROSACEA (RHINOPHYMA).

ACNE JUVENIL :
v. ACNE VULGARIS.

ACNÉ KERATIQUE (Tenneson Leredde 1895) :
v. KERATOSIS FOLLICULARIS.

ACNE LUPOIDES (Bulkley) :
v. FOLLICULITIS DEPILANS (BARBÆ).

ACNE NECROTICA (Bœck) :
v. FOLLICULITIS NECROTISANS (SEBORRHOICORUM)

ACNE NECROTISANS EXULCERANS SERPIGINOSA NASI (Kaposi 1894):
v. TUBERCULOSIS COLLIQUATIVA.

ACNE PILAIRE CICATRICIELLE DÉPILANTE DE LA BARBE (Besnier):
v. FOLLICULITIS DEPILANS BARBÆ.

ACNE POLYMORPHA :
v. ACNE VULGARIS.

ACNE RODENS (Leloir-Vidal) :
v. ACNE NECROTICA.

ACNE ROSACEA SIVE ERYTHEMATOSA :
v. ROSACEA.

ACNE TELANGIECTODES (Kaposi) :
v. TUBERCULID MICRO-PAPULOIDES.

ACNE URTICATA (Kaposi) :
v. PRURIGO NECROTISANS (PRO PARTE)
EXCORIATIO NEUROTICA (PRO PARTE).

ACNE VERMOULANTE (Besnier-Thibierge 1900) :
v. NOEVUS ATROPHIANS VERMICULARE.

ACNE VULGARIS (ACNE VULGAR)
Sin. — Acne polimorfa; Acne juvenil.
Def. — Síndrome seborreica caracterizada pelo cômedo, e cuja erupção polimorfa deriva das variáveis transformações inflamatórias que se passam em os folículos bloqueados pelo cômedo, e/ou infectados: acne comedônica simples, papulosa, pápulo-pustulosa, tuberosa ou indurada, cística ou pseudo fleimonosa. Erupção freqüente e característica dos períodos críticos da atividade gonadal: puberdade e adolescência, menopausa ou andropausa: pode durar meses e anos, com involução cicatricial na proporção da cronicidade e maior intensidade do processo.

ACNITIS (Barthélemy) :
v. TUBERCULID MICRO-PAPULOIDES.

ACROASPHYXIA CHRONICA (Cassirer) (ACROASFIXIA CRONICA — Cassirer):
Def. — Síndrome vaso-espástica caracterizada por cianose permanente, em certos casos acompanhada de parestesias, hipoestesia ou anestesia, em outros de hipertrofia das extremidades e, neste caso, de importantes lesões tróficas, tais como mal perfurante, reabsorção de falanges, e hiperqueratose plantar.

ACROCYANOSIS (ACROCIANOSE):

Def. — Síndrome vasomotora caracterizada por cianose, resfriamento e distúrbios vaso-tróficos (sobretudo hiperidrose) e edema sempre discreto. Tem início insidioso na infância, atinge mais o sexo feminino sem exclusividade. A cianose é difusa, marcada sobretudo ao nível das mãos, de caráter permanente.

ACORDERMATITIS CHRONICA ATROPHIANS (Herxheimer-Hartmann) :
v. DERMATITIS ATROPHIANS DIFUSA.

ACRODERMATITIS PUSTULOSA PERSTANS (Sachs-McKee 1947) :
v. PUSTULOSIS PERSTANS RECIDIVANS PALMO - PLANTARIS (Dore-Andrews).

ACRODYNIA
v. Morbus Swift-Feer.

ACROMIA CENTRIFUGA (ACROMIA CENTRIFUGA)

Sin. — Vitiligo peri-névico; Morbus Sutton; Leucoderna acquisitum centrifugum.

Def. — Acromia essencial caracterizada por uma área acrômica arredondada, centrada por u'a máculo-pápula pigmentar névica.

ACROMIAS ESSENCIAIS

Def. — Expressão proposta para agrupar estados mórbidos primitivos, caracterizados pela ausência total do pigmento autóctone da epiderme — a melanina, em parte ou em tôda a superfície da pele. Estas acromias podem ser congênitas, tardias fixas e tardias extensivas, distinguindo-se ainda umas das outras conforme são, ou não, hereditárias, e, neste caso, dominantes ou recessivas.

ACROSARCOMA MULTIPLEX TELEANGIECTODES (Unna):
v. MORBUS KAPOSI (RETICULO-ANGIOMATODES)

ACROSCLEROSIS VASOSPASTICA
Sin. — Esclerodactilia.

Def. — Sindrome caracterizada por manifestações vaso-motoras do tipo Raynaud e por uma esclerose peculiar rigida, mas sem infiltração e sem atrofia tegumentar, com tipicas localizações nas extremidades, rigoresamente simétricas.

Facies encarquilhada à volta da bôca e no mento, rigida mas não indurada, nariz pinçado. Sexo feminino atingido em 7:1. Marcha tórpida, tendência para grandes mutilações dos dedos, prognóstico bom quanto à vida (3:1). Extensão possivel ao esôfago e ao miocárdio, freqüentemente deposições calcárias.

ACTINOMYCOSIS (Formæ cutanæ) ACTINOMICOSE (Formas cutâneas):
Def. — Afecção inflamatória granulomatosa produzida por várias espécies de Actinomyces.

ADÉNIE EOSINOPHILIQUE PRURIGÈNE (Favre) :
v. PRURIGO LYMPHADENICUS.

ADENOMA SEBACEUM (Balzer-Ménétrier) :
v. NÆVUS TRICHO-ADENOIDES CYSTICUM.

ADENOMA SEBACEUM (Pringle) :
v. NÆVUS FIBROMATODES MULTIPLEX.

ADENOMA SEBACEUM PROGRESSIVUM (Darier) :
v. NÆVUS SEBACEUS.

AINHUM

Sin. — Doença de Silva Lima; Dactilite amputante.

Def. — Afecção particular à raça negra, caracterizada pela formação de um anel escleroso em tôrno aos podactilos — principalmente o quinto, o qual é progressivamente estrangulado, torna-se globuloso e acaba por destacar-se; ocorrem casos associados a queratodermia palmar e plantar.

ALBINISMUS (ALBINISMO)

Def. — Acromia essencial caracterizada por uma acromia parcial ou total, com perda completa do pigmento, apresentando a pele uma coloração ebúrnea ou rósea, e mais fina do que nos indivíduos normais, sendo que, quando total, atinge os pelos, que se mostram alourados ou brancos, e a íris que toma uma coloração azul claro.

ALBINISMUS PARTIALE (ALBINISMO PARCIAL)

Def. — Acromia essencial, congênita, caracterizada por placas ou áreas despigmentadas sempre simètricamente dispostas e/ou presentes também no eixo do corpo, em especial no tronco ao nível do epigastro e região sacra, na cabeça ao nível da região médio-frontal, onde uma área despigmentada cutânea coincide com a presença de mecha branca, esta, às vêzes, isolada.

ALOPECIA (ALOPÉCIA)

Def. — Rarefação progressiva dos pelos, reversível ou não reversível, podendo ir até um certo grau de atrofia, porém sem êxito cicatricial.

ALOPECIA AREATA (PELADA)

Sin. — Area Celsi

Def. — Síndrome alopeciante caracterizada pelo aparecimento brusco de uma área glabra arredondada, de limites nítidos, a superfície lisa, extraordinàriamente clara e limpa: — a placa pelágica. Logo na orla dessa placa existem pêlos fàcilmente epiláveis sem resistência e sem dor — os pêlos caducos, de mistura com pelos mais curtos e finos na base de implantação, espatulados na extremidade aérea — os pêlos peládicos em "ponto de exclamação". A superfície da placa conquanto limpa, algo atrófica e branco marfim, costuma acusar na orla de extensão resíduos pilares engastoados, como pontos negros, nos orifícios de emergência dos pêlos, o que quando presentes e numerosos os pêlos peládicos, pode atribuir à placa uma certa semelhança com as tonsurantes. Pode a afecção limitar-se a uma única placa, ou continuar (erupção ou "crise"), surgindo novas placas suscetíveis de confluir caprichosamente. Em certos casos (pelada ofiásica) o início é na área occipital, e a progressão se faz na direção das orelhas simètricamente, em arcadas que podem avançar até as têmporas. Enfim, dá-se o nome de pelada descalvante às formas agudas ou subagudas graves, extensivas aos pêlos da face e do corpo, sendo a recuperação difícil, por vêzes nunca atingida.

ALOPECIA ATROPHIANS (Kreibich 1900, Unna 1901):
v. PSEUDO AREA.

ALOPECIA CICATRISANS SIVE CICATRISATA:
v. PSEUDOAREA.

ALOPECIA CIRCUMSCRIPTA ATROPHIANS (Heuss):
v. PSEUDO AREA.

ALOPECIE INOMMINÉE (Besnier):
v. PSEUDO AREA.

ALOPECIA ORBICULARIS (Neuman):
v. PSEUDO AREA.

ALOPECIA PARVIMACULATA (ALOPECIA PARVIMACULOSA)

Def. — Síndrome alopeciante caracterizada pela presença no couro cabeludo , de pequenas áreas alopécicas irregulares, em forma de ganchos ou estrias, de bordos pouco nítidos, superfície lisa, às vêzes francamente atrófica, por vêzes à volta de focos ainda ativos de tinha — microspórica ou tricofítica, focos êsses sempre mais ou menos inflamatórios e então acompanhados de repercussão ganglionar cervical. Esta alopécia involui e desaparece com o foco de tinha, e tem o valor de uma micide.

ALOPECIA PREMATURA :

v. ALOPECIA SEBORRHOICA.

ALOPECIA SEBORRHOICA (ALOPECIA SEBORREICA)

Sin. — Alopecia prematura ; Calvície.

Def. — Síndrome caracterizada por três sintomas cardiais: seborréia, hiperidrose (às vêzes esteatidrose), alopécia, e pela eleição do sexo masculino; início na adolescência, com progressão rápida nos jovens e lenta no homem maduro, partindo das regiões fronto-parietais (área de Stein) ou do vértex (tonsura clerical), ampliação final da área de alopécia, em forma de coroa e conservação de uma orla circundante de pêlos sôbre as regiões occipital, parietal e temporal (calvície hipocrática).

AMMONIA DERMATITIS OF THE GLUTEAL REGION (Cooke) :

v. DERMATITIS GLUTEALIS ET PLICORUM INFANTUM.

AMYLOIDOSIS (AMILOIDOSE):

Sin. — Degeneração amilóide; Líquen amilóide.

Def. — Afecção cutânea caracterizada pela presença, na pele, da substância dita amilóide.

ANETODERMIA ERYTHEMATOSA (Jadassohn) :

v. DERMATITIS ATROPHIANS MACULOSA.

ANGEBORENE ATROPHIA CUTIS IDIOPATICA (Tendlau 1902) :

v. DYSPLASIA ADNEXA CUTIS (ANHIDROTICA ET ANODONTICA).

ANGEBORENE HYPO-UND APLASIE DER ANHANGEBILDE DER HAUT UND HYPOPLASIE DER ZÆHNE (Lutz 1928) :

v. DYSPLASIA ADNEXA CUTIS (ANHIDROTICA ET ANODONTICA).

ANGIOBOTRYOMA (ANGIOBOTRIOMA) :

Sin. — *Botryomycose humaine (Poncet-Dor 1897).*
Granuloma pyogenicum (Crocker 1903).
Granuloma pediculatum (Frédéric 1904).
Granuloma telangiectasicum (Kuttner 1905).
Botryomycome (Darier 1908).
Botryose humaine (Labbé 1909).
Pseudobotriomicosi umana (Martinotti 1913).
Istiocitoma benigno angiomatoide (Alagna 1941).

Def. — *Afecção frequentemente observada, da pele e dos limites mucocutâneos, caracterizado por uma tumoração quase sempre pequena, fungóide, pediculada e então, às vêzes, cercada de uma coleira epitelial, hemorragípara, de regra solitária, localizada nos dedos, lábios, couro cabeludo, atingindo êsse aspecto dentro de 3 semanas a 3 meses. A estrita benignidade, o papel provocador de pequenos traumatismos sangrentos, o quadro microscópico angioblástico fazem da afecção um tipo menor benigno das retículo-angiomatoses.*

ANGIODERMATITIS (ANGIODERMATITE):

Sin. — *Angiodermite pigmentée et purpurique des membres inférieurs (Favre 1924). Statis Dermatitis (autores de língua inglêsa).*

Def. (descrição segundo Favre) — Afecção freqüentemente observada nos membros inferiores, caracterizada por placas de coloração pardacenta equimótica, às vêzes reticuladas ou semeiadas de elementos lenticulares, que a um exame mais detido se vê acompanhadas de infiltrados hemorrágicos, purpúricos, não raro verdadeiros infartos cutâneos escaróticos — presente um grau variado de inflamação dérmica, sendo a pele avermelhada, infil- trada e indurada, constituindo-se placas de celulite francamente esclerodér- miformes, e nesta altura de regra ulcerações inicialmente superficiais, de fundo granuloso, lesões venosas aparentes (varizes, e sobretudo cordões de flebite crónica), e mesmo telangiectasias, ou elementos queratósicos de as- pecto angiomatoso.

Ocorrem formas agudas dolorosas, e são freqüentes formas exsudativas eczematóides devidas a uma impetiginização de superfície.

ANGIOKERATOMA (ANGIOCERATOMA)

Sin. — Telangiectasia verrucosa; Verruga telangiectásica, etc.

Def. — Erupção verrucóide das extremidades, caracterizada por dila- tações vasculares sotopostas à hipertrofia epidérmica. *Há que distinguir 3 tipos: o tipo Mibelli nas extremidades, o tipo Fordyce no tegumento escrotal, o tipo Fabry disseminado no tronco.*

ANGIOLUPOID (ANGIOLUPÓIDE)

Def. — Forma de tuberculose atípica indurada, quase sem exceção observada em mulheres de meia idade, localizada na base do nariz junto ao ângulo interno da órbita, caracterizada pela presença de 1.2 raramente mais elementos com o aspecto de placas ou pequenas lesões tuberiformes, quase planas ou francamente salientes, contôrno nítido, colorido vermelho-violáceo, virando para o amarelado à vitro-pressão, a superfície percorrida por telangiectasias. Forma eminentemente tórpida e fixa, dura anos sem nenhuma tendência para a ulceração.

ANGIOMA (ANGIOMA):

Sin. — *Haemangioma.*

Def. — Tumor vascular benigno de que se conhece tipos bem definidos. O angioma tuberoso é forma característica da criança pequena. São tumores vas- culares em geral solitários, por vêzes estritamente dimidiais, mais freqüentes em meninas do que em meninos, túmidos, tuberosos, a superfície vermelho viva e granulosa, às vêzes lobulada, ora apenas elevados sôbre a superfície, ora volumosos a ponto de deformar a área atingida, na grande maioria dos casos a cabeça, onde essas tumorações modificam então a forma dos lábios, língua, nariz, pálpebras, bochechas, orelhas, sendo presentes muito comu- mente no couro cabeludo. Quando nas bochechas, ou nos lábios, em geral estão propagados à mucosa da bôca. Nos membros, assentam com uma certa predileção ao nível ou na vizinhança das grandes articulações.

O angioma múltiplo progressivo (Darier) surge, na criança mais cres- cida ou no adolescente, como nodosidades cutâneo-subcutâneas, que empres- tam à pele uma coloração cinza ardósia, numerosas e freqüentes na face e nas extremidades.

O angioma rubi ("points rubis") é próprio da idade adulta, particular- mente depois dos 45 anos, surgindo eruptivamente com o aspecto de peque- ninos elementos globiformes, em grande número, sobretudo ao nível do tronco.

ANGIOMA SERPIGINOSUS (Hutchinson) :
v. ANGIOSIS CUTIS.

ANGIOMATOSE DE KAPOSI :
v. MORBUS KAPOSI (RETICULO-ANGIOMATODES).

ANGIOMYONEUROME ARTERIEL (Masson 1926) :
v. GLOMO-BLASTOMA.

ANGIO-RETICULOSE DE KAPOSI :
v. MORBUS KAPOSI (RETICULO-ANGIOMATODES).

ANGIOSIS CUTIS :
Def. — Expressão proposta para agrupar formas angiopáticas bastante raras, caracterizadas por uma mistura de hemorragia, inflamação (apenas histológica), hemo-siderose e telangiectasia em proporções variáveis: um tipo hemo-siderótico (Schamberg), um tipo purpúrico e telangiectásico (Majocchi), um tipo telangiectásico serpiginoso (Hutchinson).

ANGULUS INFECTIOSUS (ORIS) :
v. CHEILOSIS COMISSURALIS.

ANONYCHIA (ANONIQUIA)
Def. — Falta congênita ou adquirida de uma ou mais unhas.

ANTHRAX :
v. PUSTULA MALIGNA.

APALONYCHIA (APALONIQUIA)
Def. — Amolecimento da lâmina ungueal.

APHTA VULGARIS (AFTA VULGAR)
Sin. — Estomatite aftosa; Estomatite ulcerosa.
Def. — Moléstia de etiologia desconhecida, caracterizada pelo aparecimento, na bôca, de uma ou várias lesões, inicial e fugazmente vesiculosas, que assumem o aspecto típico de ulcerações arredondadas em "godet" fundo coberto de inducto amarelado e orla carminada. Essas lesões, extremamente dolorosas, acompanham-se às vêzes de leve rebate ganglionar.
Com a "úlcera aguda da vulva" e a síndrome de Behçet, constitui o grupo das "aftoses" (Ver esta palavra).

APHTOSIS (AFTOSES — Neumann-Touraine)
Def. — Grupo de afecções englobando as aftas vulgares (estomatite ulcerosa) , a úlcera aguda da vulva (Lipschütz, 1923) e a síndrome de Behçet (1937): ulcerações peculiares estômato-faríngeas e genitais, com graves lesões oculares recidivantes, surtos febris e eventualmente também lesões cutâneas. A falta de definição etiológica não permite precisar os limites do grupo, nem tão pouco caracterizar os vários tipos que o constituem.

APHTOSIS GILBERT - BEHÇET (AFTOSE DE GILBERT - BEHÇET) :
Sin. — Síndrome de Behçet.
Def. — Afecção rara, de etiologia, indeterminada, oferendo decurso crônico, entrecortado de acalmias e recidivas e que se caracteriza clinicamente pela manifestação simultânea ou sucessiva de :
1.º — um estado febril ou subfebril;
2.º — lesões oculares (principalmente uveite);
3.º — dores articulares;
4.º — lesões damucosa bucal ou genital, de tipo ulceroso("aftas");
5.º — lesões cutâneas, semelhantes às do eritema nodoso, ou mesmo supurativas.

O complexo sintomático tríplice, inicialmente focalizado por Behçet., compreendia lesões oculares, bucais e genitais, e já era conhecido dos oculistas desde Gilbert (1920), e dos dermatologistas desde Planner-Remenovski (1922).

APHTOSIS SUTTON-LŒBLOWITZ :

Sin. — Ulcus neuroticum mucosæoris — "chroniche aphten" (Loeblowitz 1910); Periadenitis mucosa necrotica recurreas (Sutton 1911).

Def. — Afecção rara, de etiologia indeterminada, caracterizada por surtos recidivantes de lesões de início papulóides, sólidas, que em poucos dias ulceram, dando lugar a uma pequena escavação crateriforme, e, dentro de uma a duas semanas, a uma pequena cicatriz duradoura. A dor é viva ou mesmo extrema. Observa-se, em geral, uma lesão única, por vêzes duas ou três, localizadas quase sempre na língua e porção média ou anterior das bochechas e lábios. Sabe-se que os arsenobenzenos podem ser eficazes, o que pode ter importância no diagnóstico diferencial.

AREA CELSI :
 v. ALOPECIA AREATA (PELADA).

ARRESTED DEVELOPMENT OF ECTODERM :
 v. DYSPLASIA ADNEXA CUTIS (ANHIDROTICA ET ANODONTICA).

ATHEROMA :
 v. NÆVUS EPIDERMOIDES.

ATOPIC DERMATITIS (Sulzberger-Hill) :
 v. ECZEMA — PRURIGO (Besnier).

ATROPHIA CUTIS IDIOPATHICA PROGRESSIVA (Pospeloff) :
 v. DERMATITIS ATROPHIANS DIFUSA.

ATROPHIA MACULOSA CUTIS :
 v. DERMATITIS ATROPHIANS MACULOSA.

ATROPHIA SENILIS (DEGENERATIVA) :
 v. DYSTROPHIA CUTIS INVOLUTIVA.

ATROPHODERMA PIGMENTOSUM (Crocker) :
 v. XERODERMA PIGMENTOSUM.

ATROPHODERMIA RETICULATA SYMETRICA FACIEI (Pernet 1916):
 v. NŒVUS ATROPHIANS VERMICULARE.

ATROPHODERMIE VERMICULÉE DES JOUES AVEC KÉRATOSES FOLLICULAIRES (Darier 1920) :
 v. NŒVUS ATROPHIANS VERMICULARE.

ATROPHODERMITIS CENTRIFUGA (Tommasoli) :
 v. ERYTHEMATODES.

BALANITE DE BERDAL E BATAILLE
 v. BALANOPOSTHITIS EROSIVA ET CIRCINATA.

BALANITE SIMPLES :
 v. BALANOPOSTHITIS EROSIVA ET CIRCINATA.

BALANOPOSTHITIS BLENORHAGICA (BALANOPOSTITE BLENORRAGICA)

Def. — Processo inflamatório da glande, ou da glande e prepúcio, provocado pelo gonococo e coincidindo com a uretrite blenorrágica, representando-se ora por edema e eritema difusos, ora por erosões superficiais incaracterísticas, e podendo, em um e outro caso, acompanhar-se de fimose.

BALANOPOSTHITIS DIABETICA (BALANOPOSTITE DIABÉTICA)

Def. — Processo inflamatório da glande ou da glande e prepúcio, que se observa às vêzes nos diabéticos, representado, ora por placas eritematosas, ora por lesões eczematiformes, acompanhando-se não raro de fissuras ou ulcerações de aspecto variável e podendo, em alguns casos, complicar-se de gangrena.

BALANOPOSTHITIS EROSIVA ET CIRCINATA (BALANOPOSTITE EROSIVA E CIRCINATA)

Sin. — Balanite simples, Balanite de Berdal e Bataille).

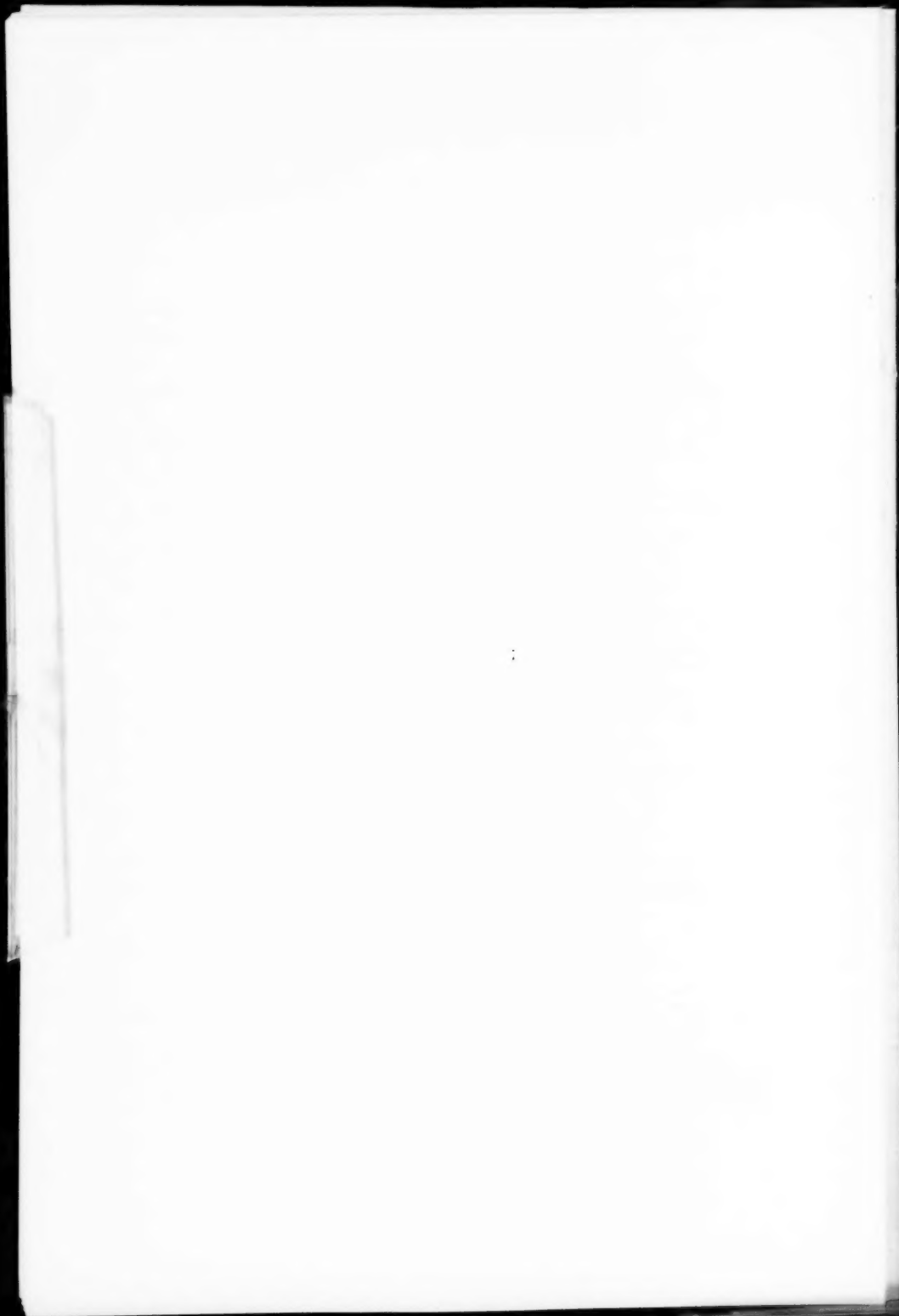
Def. — Processo inflamatório da glande que pode estender-se à fôlha interna do prepúcio, atribuído a treponemas de diversas espécies (T. balanitidis, T. refringens, etc.), às vêzes associados ao bacilo fusiforme, caracterizado por exulcerações muito superficiais, extensivas e de contôrno policíclico, acompanhadas de exsudação abundante e fétida, e com certa tendência à recidiva.

BALANOPOSTHITIS GANGRENOSA (BALANOPOSTITE GANGRENOSA)

Def. — Processo inflamatório da glande e do prepúcio, provocado pela simbiose fuso-espirilar, que se caracteriza, de início, por um edema do forro do pênis, acompanhado de corrimento purulento fétido pelo anel prepucial, ao qual se segue o aparecimento de placas enegrecidas de necrose, com eliminação posterior de escaras e formação de ulcerações.

BALANOPOSTHITIS PUSTULO-ULCEROSA (BALANOPOSTITE PUSTULO-ULCEROSA)

Def. — Balanite de causa desconhecida, constituída de lesões pustulosas reincidentes, que se rompem, formando pequenas ulcerações, a que se seguem cicatrizes deprimidas e indeléveis.

Endereço do autor: praia do Flamengo, 118-4.º (Rio de Janeiro).

Impressões sôbre o X Congresso Internacional de Dermatologia, Londres, 1952

F. Nery Guimarães

O Congresso foi solenemente inaugurado a 21 de julho, realizando-se a cerimônia na "Friends House", com a presença do Duque de Gloucester e do Ministro da Saúde do Govêrno britânico.

As figuras máximas da Dermatologia internacional lá se encontravam, bastando citar, entre tantos outros, os nomes de Arzt, Miescher, Lutz, Degos, Marchionini, Gans, Civatte, Cleveland, Dostrovsky, Flarer, Jadassohn, Gaté, Pierini, Senear, Belisario Pardo-Castelló, Dujardin e Tommazi. Muitos dêles lamentaram a ausência dos mestres brasileiros, que por motivos vários não puderam comparecer. Sobretudo, foi sentida a ausência definitiva de Joaquim Mota, desaparecido em pleno vigor de sua invulgar capacidade científica.

As sessões funcionaram no "Belford College for Women" (Universidade de Londres), em 4 salas e 2 salões. No maior dêstes ("Tuke Hall"), com capacidade para 500 pessoas, havia um eficiente serviço de tradução simultânea para os idiomas oficiais. Ali se reuniram os Delegados Nacionais e se realizaram conferências e as discussões dos 3 temas principais do Congresso, a saber:

a) *patogenia do eczema;*
b) *efeitos do ACTH e da Cortisona sôbre a pele e doenças cutâneas;*
c) *tratamento da tuberculose cutânea e doenças afins.*

Cêrca de 250 trabalhos originais foram lidos e discutidos nas diferentes sessões científicas. Mesmo com uma cuidadosa leitura do programa, visando selecionar as comunicações, conferências e pro-

jeções particularmente interessantes a cada um, não era possível assistir a tudo. Sempre coincidiam 2 ou mais asuntos selecionados, na mesma hora, em salas diferentes. Além disso, havia o atendimento, mesmo parcial, a um variadíssimo programa social, organizado por ilustres e gentis damas britânicas, tendo à frente Mrs. Gray. Note-se que almôço e lanche eram servidos em um restaurante instalado no local das sessões, o qual funcionava ininterruptamente das 12 às 17 horas. Grupos de congressistas íam servir-se à medida que ficavam livres. Assim, os trabalhos científicos eram contínuos, das 9 às 17 horas e, às vêzes, mesmo até as 18 horas.

A nosso ver, um dos pontos altos do Congresso foi a demonstração de interessantes casos clínicos que os dermatologistas britânicos reuniram no "Queen Alexandra Military Hospital" (Millbank). Um serviço especial de ônibus assegurava o transporte a êsse hospital. Um catálogo, incluindo um plano do hospital, com a distribuição dos casos, foi dado a cada congressista. Os 140 casos selecionados — muitos dêles aparentemente vindos até de fora de Londres — representavam, em verdade, um grande curso prático para especialistas. Junto a cada leito, podia-se ver e ouvir grandes mestres da dermatologia mundial discorrerem sôbre casos de doenças e síndromes, que às vêzes tinham sido êles próprios os primeiros a individualisar e a descrever.

Foram apresentados no certame trabalhos notáveis, mostrando os grandes progressos da moderna dermatologia, inclusive os avanços no tratamento do câncer, da tuberculose e da lepra, o que representava, geralmente um problema insolúvel.

Reunião dos Delegados Nacionais — Dessa reunião organizamos um "mise-au-point", destacando os assuntos principais. De início, o Presidente faz considerações sôbre os Congressos anteriores, ressaltando que havia 17 anos não se reuniam. Fala no Congresso de Roma em 1912; no de Copenhagen em 1930 (18 anos de intervalo), lembrando o Comitê Internacional, então eleito; e no de Budapest, em 1936, quando outro Comitê foi nomeado. Finalisando, propõe uma lista de nomes para o novo Comitê Internacional, a qual foi aceita: Arzt, Brunsting, Civatte, Dowling, Flarer, Gans, Gay Prieto, Hellerstrom e Miescher.

Por proposta do Prof. Pardo-Castelló, e com o apôio de todos os Delegados latino-americanos é incluído o nome do Prof. Quiroga. São também propostos e aceitos os Profs. Kogoj e Lapièrre. O Presidente Gray e o Secretário-Geral Mitchell-Heggs também são incluídos no Comitê, que ficou, assim, com 14 membros.

Das discussões durante os trabalhos fizemos as seguintes anotações:

a) *Arzt*: Diz que se deveria evitar pausas de mais de 10 anos para a realização dos congressos, mas que se deveria evitar também

muitos congressos. Considera pequeno o número de membros do Comitê;

b) *Civatte*: Concorda que o Comitê era pequeno. Deveria ter mais ou menos 20 membros. Pede voto secreto para a eleição;

c) *Miescher*: É contra a criação de uma Sociedade Internacional de Dermatologia. Outrossim, acha que um Comitê com poucos membros é melhor;

d) *Degos*: A respeito da escolha dos membros do Comitê, teceu considerações sôbre nações e personalidades. Acha que o Comitê não deve ser constituído necessàriamente pelos dermatologistas mais antigos;

e) *Presidente*: Diz que os membros indicados o foram por personalidade e não por nação. Diz também que é pela experiência... dos velhos.

Segundo desejo expresso pelo Presidente, no sentido de saber a situação das sociedades de dermatologia nos diferentes países, falaram vários Delegados, inclusive o Prof. Quiroga. Dizendo, de início, que a Sociedade Argentina era a mais antiga, esclareceu a Mesa quanto à América Latina, não esquecendo de citar, por fim, o Colégio Latino-Americano de Dermatologia.

Quanto à questão das línguas, as discussões também foram muito vivas, havendo os que só queriam inglês, os que queriam inglês e francês, e os que queriam, além dessas, mais o italiano, o alemão e o hespanhol. Foi esta opinião que prevaleceu.

Também o assunto da publicação de um grande volume do Congresso foi muito debatido. Segundo esclareceu o Presidente, a situação econômica atual não o permitiria. Fez várias considerações, inclusive sôbre os atrazos que adviriam dessa publicação conjunta. Talvez o melhor fôsse que cada um publicasse o seu trabalho no seu país. Várias sugestões foram feitas no sentido de vencer as contingências econômicas, para que todos os trabalhos e discussões do Congresso fôssem publicados.

Finalisando, o Presidente disse que os secretários das sociedades nacionais deverão ficar ligados ao secretário-geral do Comitê Internacional. Lembrou também que o local do próximo Congresso, a ser escolhido pelo Comitê, — consideradas as dificuldades atuais na Europa, — deveria ser em um país de fácil acesso; e, também, que o secretário-geral deveria ser uma pessoa muito ativa.

Em reunião do Comitê Internacional, realizada logo em seguida, o Prof. Miescher foi eleito Presidente, e o Prof. Hellerstrom Secretário-Geral. Para sede do próximo congresso foi escolhida a cidade de Stokolmo.

Vejamos agora alguns tópicos de importância, extraídos de trabalhos apresentados em várias sessões:

CANCER

a) Cogniaux & col. (França), em um estudo sôbre o tratamento de tumores malignos, desenvolvidos sôbre lupus (45 casos), dizem que a radioterapia não deve ser considerada um método de rotina aplicável em todos os casos. Ela é indicada nos estádios iniciais de tumores circundados ainda por uma epiderme pouco alterada. Na radioterapia dos tumores luposos a resposta é tanto mais insatisfatória quanto mais extensa é a ulceração e quanto mais proliferativo é o tumor.

b) Os Drs. Davis & Pack (U.S.A.) apresentaram um trabalho baseado em 59 carcinomas provocados pelos raios de Roentgen, destacando que uma grande percentagem dos casos ocorrem em médicos. Citam evidências da alta malignidade dos carcinomas evoluídos sôbre as roentgen-dermatites, as quais são consideradas como de baixa malignidade por outros autores.

c) Em trabalho sôbre a radioterapia dos tumores cutâneos, acompanhado de excelentes projeções em côres, os Drs. Pepkin & Lehmann (U.S.A.) mostraram os bons resultados obtidos nos últimos anos. Das comunicações feitas sôbre o tratamento dos cânceres cutâneos, foi esta uma das que impressionaram mais favoràvelmente o auditório.

d) Arzt (Viena) apresentou um trabalho intitulado: "O diagnóstico de micose fungóide perdeu sua utilidade?". Reconhece, de início, a alta contribuição que, para o estudo da micóse fungóide, representa a publicação de Symmers, na qual êste autor lhe nega credenciais de entidade clínico-patológica. Diz que, na verdade, o processo é uma neoplasia incluída no grupo dos "linfoblastomas". Mas define o quadro clínico-histológico típico de micose fungóide com exclusão de tôdas as variantes, pois acha que estas estabelecem confusão. Conclui dizendo que os dermatologistas deveriam conservar o têrmo "micose fungóide", limitando-o clínica e histològicamente aos casos típicos.

TUBERCULOSE

a) Panja & Benerjee (India) trataram 102 casos de tuberculose cutânea com calciferol, estreptomicina e sulfonas. As variedades clínicas incluíam *lupus vulgaris, tuberculosis verrucosa cutis*, úlceras luposas, escrofuloderma e tubercúlides. Obtiveram bons resultados com as 2 primeiras drogas, isoladas, ou principalmente asso-

ciadas. Dez casos, tratados dêste modo, desde o início, curaram dentro de um curto período.

b) Também o Dr. Riehl (Viena) comunicou o tratamento de 488 casos de tuberculose cutânea com vitamina D2. Com observação de um ano, constatou a cura de 295 (60 %) e melhoras em mais 70 casos. Em 45 pacientes o tratamento ou foi insuficiente ou foi suspenso. Diz que a droga é particularmente indicada no *lupus vulgaris*. Como efeitos colaterais do tratamento, observou complicações pulmonares em 7 casos e renais em 46 casos.

c) Em um estudo sôbre a ação do calciferol no *lupus vulgaris*, o Dr. Wetheley-Mein (Londres), considerando teòricamente as 2 possibilidades: ação bacterioestática ou bactericida direta da droga ou de um seu derivado sôbre o bacilo, e ação sôbre o organismo, aumentando as defesas naturais, conclui por esta última hipótese, após uma série de experiências. A base das mesmas foi o cultivo de amostras virulentas de *Mycobacterium tuberculosis* em meios especiais, contendo concentrações de calciferol, nos quais os germes se desenvolveram muito bem.

d) Também o Dr. Luiz Batista (Brasil) apresentou um trabalho sôbre o tratamento da tuberculose cutânea com o BCG, mostrando resultados interessantes.

LEPRA

a) Em trabalhos diferentes, Chatterjee (Índia) e Cochrane (Londres) estão de acôrdo em que a sulfetrona aquosa a 50 % é o medicamente de escolha para o tratamento da lepra. Ambos se fundamentam em larga experiência.

b) Em outro trabalho, ainda versando sôbre a terapia anti-leprótica pelas sulfonas, o Dr. Cochrane (Londres) apresentou fotos de lesões atípicas e também de certos tipos de reação tuberculóide, as quais sofrem involução espontânea em períodos variáveis de algumas semanas a 7 meses. Ressalta, por isso, a necessidade de cuidadosa crítica na apreciação dos casos de lepra sob sulfonoterapia.

EFEITOS DA CORTICOTROPINA E DA CORTISONA

a) Brunsting (U.S.A.), tratando dos efeitos do ACTH e da cortisona sôbre a pele e doenças cutâneas, faz interessantes considerações. Diz que, em várias doenças não hormonais, nas quais essas drogas influem favoràvelmente, as causas não são eliminadas, e nem são reparados os tecidos lesados. O valor terapêutico do ACTH e da cortisona residiria, principalmente, em sua capacidade de agir como "tampão" às reações que os tecidos oferecem às injúrias, assim como no bloqueio de reações de alergia e de hipersensibilidade. Lembra, em seguida, que em tratamentos prolongados podem surgir efeitos indesejáveis, tais como sinais de hiperadre-

nalismo, alterações psíquicas e distúrbios do metabolismo dos electrólitos. Refere depois o emprêgo das 2 drogas no escleroderma, dermatomiosite e lupus eritematoso, com resultados muito favoráveis.

b) Ereaux (Canadá), tratando do mesmo assunto, diz que a opinião geral, quanto à dose, é de que o ACTH deve ser dado em doses de 100 a 300 mg e a cortisona em doses de 200 a 400 mg, sendo preferível o emprêgo desta última, por via oral. Naturalmente, a dosagem deve ser sempre individual, e o potencial mascaramento dos sintomas de infecções intercurrentes deve ser considerado. Diz que, em sua experiência, tôdas as formas de pênfigo têm respondido favoràvelmente a um ou outro dêsses hormônios, inclusive o pênfigo foliáceo. (Sabemos que isto está em desacôrdo com a opinião formada por outros autores). A base do êxito do tratamento do pênfigo estaria na aplicação de doses iniciais altas até a remissão clínica, e no tratamento prolongado com doses individuais de manutenção. Considera, finalmente, o ACTH e a cortisona como armas poderosas, mas que devem ser empregadas apenas por pesquisadores treinados e capazes. Seu uso indiscriminado já teria provocado sérias consequências.

PATOGENIA DO ECZEMA

a) Em trabalho sôbre a "Patogenia do Eczema", Belisario (Austrália) faz uma série de comentários muito interessantes. Diz que a confusão de opiniões, quanto à etiologia e patogenia do eczema, é evidenciada pelos vários conceitos que se propõem a explicá-las. Como os conceitos patogênico, analítico e etiológico entram em conflito, o conceito morfológico ganharia aceitação universal. Acha que um fundo constitucional ou uma pele predisposta (ou ambos), embora representem fatores potenciais para o "eczema", não são condições *sine qua non*, uma vez que, em circunstâncias favoráveis, pode-se produzir "eczema" em qualquer pessoa. Diz também que os aspectos microscópicos indicam que o eczema não é uma doença *sui-generis*. Na relação de suas causas, inclui: 1) distúrbios no metabolismo, 2) distúrbios alimentares, 3) alergia, 4) influências psico-somáticas, 5) influências hormonais, 6) vitaminas, 7) fatores funcionais, 8) fatores patológicos, 9) infecções focais, 10) flora local, e 11) organismos patogênicos. Quanto à histologia primária, diz que vários autores pensam ser a espongiose, seguida então pela formação de vesículas, enquanto outros concluem que uma vesícula primária aparece em primeiro lugar, surgindo depois a espongiose. Acha que ambos os conceitos são compatíveis. No que diz respeito ao tecido de "choque", diz que, com exceção de radiação, há evidências que mostram ser a epiderme, no caso de dermatites exógenas, e o derme, nas endógenas. Lembra que a sensibilidade

Grupo de Delegados

pode ocorrer através de injeção, ingestão, inhalação e absorção metabólica ou trans-epidérmica. Lembra também que a substância sensibilisante parece ser carreada pelos linfócitos e outros mononucleares. Nos casos de auto-sensibilisação, diz que provàvelmente o antígeno responsável é uma fração hidro-solúvel das células da epiderme. Em uma reação aguda, êle atingiria a circulação geral por meio da serosidade exsudada ou pelo fluido vesicular. Finalmente, diz que um fator injuriante tissular, ou uma substância difusível, como decorre dos efeitos dos raios X sôbre a pele, pode tomar parte na produção das dermatites eczemato-trópicas (dermatites exibindo reação eczematosa). Esse fator ou substância não teria conexão com a histamina ou com a chamada substância-H, as quais poderiam não ser tão significativas na produção das dermatites, como são consideradas no presente.

b) De mesmo modo, Braun (Londres), tratando da patogenia do eczema infantil, diz que não há evidência de que a histamina tenha um papel primário na produção da reação eczematosa. Diz também que é duvidoso o valor dos testes cutâneos, nos casos de alergenos internos. Também assevera que ACTH e cortisona, às vêzes, controlam as reações alérgicas, mas, no caso do eczema, o contrôle é incompleto e não pode ser mantido por muito tempo.

MELANOGÊNESE. VITILIGO

a) Becker & col. (U.S.A.) fizeram exibições de seus estudos sôbre a célula dendrítica, mostrando que ela é o único elemento formador de pigmento na epiderme.

b) Por outro lado, Quiroga & Follmann (Argentina) apresentaram um "estudo sôbre a morfologia do melanócito", no qual concluem que as chamadas "células claras", de Masson, seriam células epiteliais comuns, com degeneração hidrópica e picnose, sem qualquer caráter melanogênico. Também as células dendríticas seriam células epiteliais comuns, com degeneração albuminóide. Segundo os autores, qualquer célula da basal produziria pigmento, e, no derma, o mesmo fariam os histiocitos.

h) Várias comunicações foram feitas sôbre a patogenia e o tratamento do vitiligo. Aliás, uma das exibições do Museu, organizado pelos dermatologistas britânicos — outra grande atração do congresso — versava sôbre o tratamento do vitiligo descoberto pelos especialistas indianos. O mesmo é feito com as sementes de uma planta nativa (*Psoralea corylifolia*). Conforme as ilustrações apresentadas antes e depois do tratamento, os resultados são surpreendentes.

DERMATOSES PARASITÁRIAS

a) O dr. Katzenellenbogen (Israel) apresentou um estudo muito interessante sôbre 60 casos de dracontíase, em imigrantes vindos

do Yemen. A comunicação foi acompanhada de ótimas projeções fotográficas e radiográficas.

b) O Prof. Dostrovsky (Israel) comunicou interessantes estudos sôbre a imunidade na leishmaniose tegumentar, na qual reconhece 2 estádios: precoce e tardio. Neste último são mais pronunciados os testes de sensibilidade.

c) Dr. Berlin (Tel-Aviv) apresentou um trabalho sôbre as "leishmânides", que foi o primeiro a descrever, em 1940. A comunicação foi ricamente ilustrada.

d) O Dr. Burckhardt & col. (Suíça) observaram e descreveram uma dermatite, ocorrendo em banhistas, no lago de Zurich, particularmente em crianças. Em caramujos, colhidos na vizinhança (*Limnea ovata*), encontraram cercaria "oxcellata", com a qual produziram, experimentalmente, dermatites semelhantes às observadas nos pacientes.

SÍFILIS. BOUBA

a) Delamatter & col. (U.S.A.) apresentaram um *misc-au-point* dos seus trabalhos sôbre o ciclo vital do *Treponema pallidum* cultivado em meios especiais. Usaram várias amostras apatogênicas (Kazan, Nichols e Reiter) e a amostra patogênica Nichols. Observaram, além da divisão comum, transversal, a formação de "cistos". Estes, seriam de 2 tipos: "monoespiroquéticos" e "poliespiroquéticos", os primeiros produzindo um e, os segundos, muitos treponemas. A comunicação foi acompanhada de projeções, ilustrando a formação dos "cistos".

b) Nelson (U.S.A.), o descobridor do "teste de imobilização dos treponemas" para o diagnóstico da sífilis, sôbre o qual várias comunicações foram feitas no congresso, anunciou a descoberta de um novo fenômeno imunológico: êste consiste na fagocitose específica *in-vitro* de treponemas virulentos, em presença de anti-corpo e complemento.

c) Vários trabalhos sôbre o tratamento da sífilis com a penicilina foram apresentados, inclusive um por Sampaio & col. (Portugal), os quais empregaram a penicilina procaínica com monoesterato de alumínio. Obtiveram bons resultados, mas em suas conclusões, reservadamente, acham necessário esperar vários anos antes de concluir com segurança a cura dos casos tratados.

c) Sôbre o tratamento da bouba com a penicilina, vários trabalhos também foram apresentados, inclusive pelos Drs. Rein, Guthe e Reynolds (U.S.A.), Wilcox (Londres), Soetopo (Indonésia) e Rajam (India). Todos êsses técnicos tinham participado do Simpósio reunido em Bangkok, sob o patrocínio da Organização Mundial de Saúde. Os resultados apresentados são particularmente notáveis, sendo a penicilina empregada para o tratamento em massa em vá-

rias partes do mundo, principalmente na Ásia, onde a framboésia trópica é um problema muito sério. Basta saber-se que só na Indonésia existem 12 milhões de boubáticos. Campanhas visando a erradicação da endemia estão sendo realizadas sob os auspícios da OMS e da UNICEF (órgão da ONU para auxílio à infância). É grato relembrar que foram os técnicos do Instituto Oswaldo Cruz os primeiros a empregar a penicilina no tratamento da bouba, no início de 1944, usando a droga fabricada no Instituto, pois a segunda grande guerra impedia a sua vinda do exterior.

TRABALHOS AVULSOS

a) Oswaldo Costa (Brasil) fez uma comunicação sôbre o pênfigo foliáceo, acompanhada de rica ilustração, a qual foi muito apreciada. Aproveito o ensejo para referir que o Prof. Oswaldo Costa foi um dos Vice-Presidentes Honorários do Congresso. Quero registrar, também, a presença, em Londres, como Membros do certame, dos Drs. J. M. de Barros e Sebastião Sampaio, do Serviço do Prof. Aguiar Pupo. O Dr. Barros é também *Adviser* da Organização Mundial de Saúde, como técnico em sorologia da sífilis.

Terminando, quero notar que os nossos apontamentos, em geral, e particularmente aquêles referentes à reunião dos Delegados Nacionais, não foram revistos pelos ilustres professôres citados, e que, portanto, podem não traduzir exatamente o seu pensamento, tanto mais quanto, na maior parte das vêzes, foram conseguidos através de tradutores.

Endereço do autor: rua Carvalho Azevedo, 11-apto. 202 (Rio de Janeiro).

Nota clínica

A propósito de dois casos de zóster facial

(Síndrome de Hunt e Complexo de Menière)

M. Rutowitsch

E' o zóster, ou zona, uma afecção bem conhecida de todos nós. Porém, a ocorrência de dois casos, com localizações faciais, fizeram-nos trazer à Sociedade a presente comunicação, dado a sua relativa raridade.

A primeira observação é a de um menino de 3 anos de idade (C.A.S., prontuário n.º 37.479 — H.S.E.), no qual haviam aparecido, quatro dias antes da consulta, pequenas lesões eritêmato-vesiculosas, localizadas no pavilhão da orelha esquerda. Logo após, estas lesões foram aumentando em número e em tamanho, pela coalescência com as lesões vizinhas e atingindo todo o pavilhão da orelha e o ouvido médio, bem como as regiões têmporo-occipital, geniana e maxilar inferior esquerdos (fig. 1).

O pacientezinho queixava-se apenas de ligeiro mal-estar local (dor ?); à palpação, todavia, a reação era imediata, demonstrando dor intensa.

Observava-se infartamento ganglionar cervical e retro-auricular E; ausência de temperatura ou de qualquer outra manifestação clínica.

O quadro foi rotulado como de zona aural (síndrome de Hunt), devido ao comprometimento do gânglio geniculado e dada a ausência de otalgia, o que nos faria pensar no comprometimento dos nervos cervicais ou de outros nervos craneanos.

Trabalho do Serviço de Dermatologia e Sifilografia do Hospital dos Servidores do Estado (Chefe: Dr. M. Rutowitsch) — Rio de Janeiro, e apresentado na sessão de 27-5-52, da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia — Rio de Janeiro.

N. da R. — A expressão "zóster" corresponde à de "Zona", da Nomenclatura da Soc. Brasil. de Dermat. e Sif., Rio de Janeiro, 1950.

O tratamento foi iniciado, no 5.º dia da afecção, com supositórios de cloromicetina de 0,125 (Sintomicetina), na dose de 1 supositório de 12 em 12 horas, e aplicações de radioterapia profunda (200 Kv. 10 Ma. 1 mm. Cu + 1 mm. Al. 60 cms. 109 r. p. mt.), nos dias 4, 5, 7, 9, 12 e 15 de abril do corrente ano.

Já no dia 7 observavam-se discretas melhoras, as quais foram-se acentuando até o dia 15, quando apresentava a cicatrização completa das lesões, as quais deixaram hipopigmentação nas áreas cicatrizadas. O paciente tomou, até esta data, a dose total de 2,50 ctgrs. de cloromicetina (fig. 2).

Posteriormente, a 22 de abril, provocou, por coçadura, o aparecimento, na região occipital, de uma infecção secundária, a qual pode ser constatada na fotografia obtida naquela ocasião, infecção esta prontamente debelada com o uso da pomada de aureomicina no local.

A outra observação, obtida na mesma ocasião, é mais interessante, pois se trata do denominado "complexo de Menière", comprometimento do pavilhão auditivo, acompanhado de paralisia facial.

Trata-se de um homem branco, com 60 anos de idade e cuja afecção objetivamente era inteiramente semelhante à precedente, quanto ao aspecto e à localização.

Informou-nos, quando fomos vê-lo pela primeira vez, que a doença se iniciara 6 dias antes, traduzindo-se por fortes dores na região cervical, com irradiação para o pavilhão da orelha esquerda, rebeldes aos analgésicos usuais, o que o fez supor tratar-se de alguma afecção do ouvido médio.

No momento do exame (fomos chamados assim que surgiram os primeiros elementos eruptivos), constatamos ligeira elevação térmica (37,5ºC), astenia, dor na região ocípito-temporal E e, obedecendo nitidamente à porção dimidial E, pequeninas lesões vesiculosas, peroladas, grupadas, localizadas na face posterior E do pescoço, região temporal e pavilhão da orelha EE. Gânglios cervicais e retro-auriculares infartados; hiperestesia local.

No dia seguinte, apesar da medicação prescrita (aureomicina em cápsulas, Vitamina B1 e Extrato hepático), as dores pouco haviam diminuído e observamos o aparecimento de novas vesículas, algumas bem grandes, formando verdadeiras bôlhas, devido à coalescência com os elementos vizinhos, ocupando, além das regiões precedentemente descritas, as regiões masseteriana e maxilar inferior E. Prescrevemos, então, injeções de Novalgina, o que lhe trouxe certo alívio.

Quatro dias depois de nossa primeira visita, isto é, 10 dias após o início da doença, instalou-se uma paralisia facial E do tipo periférico, devido ao comprometimento do gânglio geniculado, com lacrimejamento e fotofobia E.

Isto nos obrigou a pedir o auxílio de nosso prezado colega Dr. Colares Moreira, o qual nos deu, por escrito, o seguinte laudo:

Fig. 1

Fig. 2

"Zona otítica ou auricular. Síndrome zosteriana do gânglio geniculado. Síndrome de Ramsay-Hunt.

De acôrdo com a sua eletividade sensitiva, o viro zosteriano segue, provàvelmente, o nervo intermediário de Wrisberg e atinge o gânglio geniculado; propaga-se, então, ao nervo facial ou talvez êste é comprimido, em seu conduto ósseo inextensível, pelo gânglio geniculado congestionado.

Elementos sintomáticos integrantes da síndrome de Ramsay-Hunt:

1.ª zona auricular: dores localizadas no conduto auditivo, na região mastóidea; a erupção situa-se no conduto auditivo externo até a membrana do tímpano, pavilhão, tragus e antitragus e lóbulo; às vêzes, algumas vesículas se localizam sobre a face lateral da língua; adenite.

2.ª — paralisia facial do tipo periférico: costuma aparecer depois da erupção; raramente precede-a.

3.ª — distúrbios auditivos e vestibulares (hiper e hipoacussia, zumbidos e vertigens), presentes em 1/3 dos casos, segundo Ramsey-Hunt.

Em alguns casos, como no doente em aprêço, na dependência de localização do viro em centros ganglionares vizinhos, a erupção pode ser mais extensa: zona trigemelar, zona cervico-facial."

O paciente foi submetido, então, à radioterapia profunda ganglionar, o que lhe trouxe algumas melhoras no que se refere às dores, persistindo, porém, a paralisia.

As lesões vesiculosas desapareceram com o tratamento acima indicado. Acreditamos que, com o uso de massagens, a que está sendo submetido no momento, o paciente possa ter, dentro de 2 a 3 meses, o seu completo restabelecimento.

Endereço do autor: rua Otávio Correia, 253 (Rio).

Boletim da
Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

Sessão de 19-12-1951

I. PRESTAÇÃO DE CONTAS RELATIVA AO EXERCÍCIO DE 1951. Conforme demonstração lida pelo Sr. Tesoureiro, durante o ano foram recebidos Cr$ 52.180,00 e a despesa orçou em Cr$ 51.264,80, verificando-se, assim, o saldo de ..... Cr$ 915,20, que passou para 1952.

II. ELEIÇÃO DA DIRETORIA PARA 1952. Designados, pelo Sr. Presidente, os consócios Drs. Benjamin Gonsalves e Mário Rutowitsch para escrutinadores, procedeu-se à eleição, em que votaram vinte e três membros e ao têrmo da qual se verificou a escolha da seguinte Mesa Diretora para o ano vindouro: para Presidente, Dr. Demétrio Bezerra Gonçalves Peryassú, com vinte e dois votos, e Dr. Antar Padilha Gonçalves, com um voto; para primeiro Vice-Presidente, Dr. Edgar Gomensoro Drolhe da Costa, com vinte e três votos; para segundo Vice-Presidente, Professor João Aguiar Pupo, com vinte e dois votos, e Dr. Josefino Aleixo com um voto; para Secretário Geral, Dr. Luiz Campos Melo, com vinte e dois votos, e Dr. Henrique de Moura Costa, com um voto; para 1.º Secretário, Dr. André Mesquita, com vinte e dois votos, e Dr. Perilo Galvão Peixoto, com um voto; para 2.º Secretário, Dr. Miguel Elias Abú-Merhy, com vinte e um votos, e Drs. Alcides Silva e José Pena Peixoto, com um voto cada um; para tesoureiro, Dr. Guilherme Malaquias, com vinte e três votos; e para Bibliotecário, Dr. Osvaldo Serra, com vinte e dois votos, e Dr. Rubem Davi Azulay, com um voto.

III. CRIAÇÃO DA FILIAL DO ESTADO DO PARANÁ. Em face do voto favorável do Comité de Direção, apresentado pelo Prof. Hildebrando Portugal, foi aprovada a instituição de tal Filial, de acôrdo com o disposto nos Estatutos.

IV. DIREÇÃO DOS ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA. Cientes do propósito do Dr. Antar Padilha Gonçalves de afastar-se da direção do órgão oficial da Sociedade, os sócios presentes resolveram, por aclamação, confirmarem-no naquela função, no exercício da qual tão bons serviços vem prestando.

V. ELEIÇÃO DE SÓCIOS: para sócios efetivos, foram eleitos os Drs. LUIZ BATISTA e NORBERTO BELLIBONI, ambos de São Paulo.

VI. EXPEDIENTE: deu-se a palavra ao Dr. A. F. da Costa Júnior, o qual, depois de justificar sua ausência nas últimas reuniões, o que se deu em conseqüência de acidente sofrido com automóvel, apresentou proposta no sentido de que sejam cedidos à Faculdade Nacional de Medicina os livros de propriedade da Sociedade e que à mesma não interessam. Tal proposta foi aprovada.

VII. ORDEM DO DIA:

CASO DE HERPES GESTATIONIS — Drs M. RUTOWITSCH e EDSON DE ALMEIDA

Esta comunicação será publicada oportunamente.

PÚRPURA TELANGIECTÁSICA ARCIFORME (ANGIODERMITE DE TOURAINE) — Dr. A. PADILHA GONÇALVES

A púrpura telangictásica arciforme ou angiodermite de Touraine, segundo me consta, só foi até hoje observada na França, onde, além de 5 casos de Touraine, outros, em pequeno número, foram relatados sob diagnósticos diversos, e na Rússia, onde é citada uma observação de Selisky, também com diagnóstico diferente.

Em meados de outubro de 1951, veio-me à consulta, no Serviço Médico-Cirúrgico do Banco do Brasil, uma paciente portadora dêsse tipo de angiodemite, cuja observação passo a descrever.

Observação — A paciente, E.P.M., com 52 anos de idade, sexo feminino, de côr branca, brasileira, casada, doméstica, residente no Rio de Janeiro, queixava-se de uma erupção que lhe surgira nas pernas havia 1 mês, sem manifestações subjetivas. Há 10 meses entrara em menopausa, com discretas perturbações funcionais (vasomotoras e nervosas). Dez anos antes sofrera violento traumatismo, na perna esquerda, com fratura exposta da tíbia, vendo-se no local uma extensa — porém bôa — cicatriz operatória. E' tabagista moderada. Sua saúde é bôa e, do eaxme geral, e dos aparelhos e sistemas, há apenas a anotar discreto alargamento do feixe vascular da base cardíaca, revelado pela tele-radiografia. Pressão arterial: 130-80.

Nas pernas e no dorso dos pés existem alguns círculos e arcos de círculos, grandes, marcados por um bordo com a espessura máxima de 1 cm, que apresenta uma tonalidade avermelhada, porém ao exame detido, e pela vitropressão, vê-se ser constituído por discreto eritema e púrpura, leve hiperpigmentação amarelo-pardacenta e numerosas telangiectasias quasi tôdas puntiformes e raras lineares.

Para dentro dessas margens dos círculos e arcos de círculos, nota-se coloração amarelo-pardacenta mais perceptível no limite interno das referidas margens, e que vai se apagando em direção ao centro. Em certos sítios, pela fusão de arcos de círculo, formam-se figuras circinadas.

Nota-se varizes pouco volumosas nas pernas, e nos bordos dos pés, sobretudo nas regiões inframaleolares.

Exames complementares. Sangue: colesterol, 152 mg %; uréia, 55 mg %; creatinina, 1,4 mg %; gliçose, 81 mg %. Hemograma: série vermelha e plaquetas normais, linfocitose relativa (41 %) e ausência de eosinófils. Tenmo de sangramento, 3' (Duke); tempo de coagulação, 6'3''; prova do laço, negativa; retração do coágulo, completa. Urina: alcalina, densidade 1017, urubilinogênio positivo, demais pesquisas normais. A radiografia dos dentes mortos revelou numerosos focos de infecção, e reabsorção alveolar. Radiografia dos pulmões: normal. Tele-radiografia do coração e vasos da base: feixe vascular da base ligeiramente alargado.

Evolução e tratamento. O tratamento feito, durante cêrca de 1 mês, com rutina e vitamina C "per os", não pareceu ter influência sôbre a evolução, de vez que foram notadas fases de melhora e de peora na vigência da referida medicação.

A paciente só procurou a consulta durante êsse período, não seguindo outras instruções dadas, como, por exemplo, o tratamento dentário, sendo perdida de vista. Enquanto foi possível acompanhar a doente, foram observadas alterações na dermatose, evoluindo as lesões centrifugamente, surgindo novos arcos de círculo e desaparecendo outros, ficando, porém, no local dêstes, discreta pigmentação amerelo-pardacenta.

O diagnóstico se enquadra perfeitamente nas descrições de Touraine, da púrpura telangiectásica arciforme, tipo de angiodermite por êle individualizada e que é muito aproximado da púrpura anular telangiectásica de Majocchi

Secção de Minas Gerais

Sessão de 14-9-1950

EXPEDIENTE:

Declarando aberta a sessão, o Sr. Presidente comunica a presença do Prof. R. Chaussinand, ilustre leprólogo francês que ora nos visita, e o convida para tomar assento à Mesa.

Em seguida, é dada a palavra ao Dr. Orestes Diniz, que pronuncia eloqüente saudação ao Dr. Chaussinand, dizendo ver nêle o grande sucessor de Marchoux e uma das mais expressivas figuras do Instituto Pasteur e da *International Association of Leprosy*, bem como destacado diretor do *International Journal of Leprosy*. Salienta seus trabalhos sôbre ensaio de premunição da lepra pelo B.C.G. e enaltece sua brilhante atuação no Congresso de Havana, sobretudo como membro da comissão de classificação. Termina fazendo a apresentação do ilustre visitante aos consócios e reafirma a satisfação da Casa com a presença do Dr. Chaussinand. Êste, com a palavra, agradece a saudação do Dr. Orestes Diniz e manifesta seu contentamento por achar-se entre nós.

O Dr. Tancredo Furtado lê uma lista recebida da S.B.D.S., em que são relacionados os membros da Sociedade, de acôrdo com os documentos de posse da direção, no Rio de Janeiro.

ORDEM DO DIA:

SÍNDROME SIFILÍTICA ARO-NASO-FARINGÉIA — PROF. O. ORSINI

Apresenta a observação clínica e documentação de dois casos (mãe e filha).

Desenvolve considerações sôbre a localização óssea da sífilis e aborda a questão do diagnóstico diferencial, sobretudo com a blastomicose sul-americana (forma nasal) e a leishmaniose tegumentar americana.

DISCUSSÃO:

Dr. Cid F. Lopes — Indaga se havia ou não exostose. Em caso afirmativo, poder-se-ia pensar em gundú. Sugere que se faça uma radiografia. Diz que na framboésia não é comum encontrar-se aspecto idêntico.

Dr. João Gontijo — Pergunta se o marido foi examinado

Dr. J. Aleixo — Faz referências sôbre o caso e diz o aspecto fotográfico lembrar hipertrofia óssea. Manifesta confiança no critério clínico.

Prof. O. Orsini — Concorda em que se poderia pensar em framboésia terciária, porém os doentes não apresentavam lesão ou vestígio algum que se pudesse considerar como início da bouba. Além disso, são provenientes do

Sul de Minas (Três Corações), região em que a bouba não existe. A reação de Montenegro foi negativa, os testes sorológicos para sífilis foram positivos e houve confirmação do diagnóstico, mercê do tratamento de prova.

ASPECTOS MÉDICO-SOCIAIS DA SÍFILIS EM BELO HORIZONTE — DR. TANCREDO ALVES FURTADO

Um estudo estatístico, realizado pelo autor, revelou que a incidência global da sífilis é de 4,8 % na classe comerciária e de 7,2 % na classe industriária de Belo Horizonte; forma cárdio-vascular: 6 % e 6,2 %; forma nervosa: 1,3 % e 2,9 %, respectivamente, nas duas classes.

Os números encontrados, bem inferiores aos apresentados por autores nacionais e próximos aos revelados por autores estrangeiros, são, na opinião do autor, até certo ponto, animadores, levando à crença de que tão magno problema sanitário não está acima de nossas possibilidades.

Focaliza o autor o papel do Serviço Social na moderna técnica de contrôle da sífilis, através dos 3 aspectos em que se desenvolve: 1) processo do Serviço Social de Caso Individual; 2) processo do Serviço Social de Grupo; 3) processo do Serviço Social de Organização da Comunidade. Apresenta os resultados da pesquisa efetuada pelo Serviço Social do SESI, em colaboração com a Clínica Dérmato-Sifilográfica, junto a 100 doentes da Clínica e em todos os 18 serviços existentes em Belo Horizonte, destinados ao tratamento da sífilis e demais moléstias venéreas. Concluiu a pesquisa pela deficiência da maioria dêles, o que está a dizer da necessidade de sua entrosagem, para obter-se a somação de recursos e esforços na consecução de um objetivo comum. Ao serviço específico da Saúde Pública caberia o papel de órgão centralizador e coordenador, a agir através de um planejamento prévio, em que todos os aspectos do problema fôssem abordados.

DISCUSSÃO:

Prof. O. Orsini — Não crê na alta incidência da sífilis cárdio-vascular. Lembra as opiniões expendidas, a respeito, na Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros, realizada em S. Paulo.

Dr. J. Aleixo — Salienta as vantagens de um arquivo comum para todos os laboratórios.

Dr. Tancredo Furtado — Responde que o diagnóstico de sífilis cárdio-vascular foi sempre feito com a colaboração do cardiólogo.

Em seguida, por gentileza da Schering, é apresentado um filme sôbre o Hospital "Adhemar de Barros", de São Paulo.

Sessão de 9-11-1950

EXPEDIENTE:

O Prof. Olinto Orsini lê carta do Dr. Juan J. Angulo, em que êste solicita aos colegas de Minas cópias de trabalhos sôbre pênfigo foliáceo.

O Dr. Josefino Aleixo comunica haver representado a Sociedade no Congresso Médico do Triângulo Mineiro, tendo apresentado um trabalho intitulado "Aspecto médico-social da úlcera de perna".

O Dr. Tancredo Furtado pede constar em ata a lembrança do transcurso do centenário do nascimento de Unna.

ORDEM DO DIA:

Os Drs. Cid F. Lopes e João Gontijo apresentam um relato do I Congresso Ibero-Latino-Americano de Dermatologia e Sifilografia e da VII Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros, a que compareceram, como representantes, juntamente com o Dr. Antônio Carlos Pereira Filho, da Secção

de Minas Gerais. Teceram comentários sôbre o importante conclave, bem como acêrca das ilustres figuras da Dermatologia que nêle tomaram parte.

Anunciam que a VIII Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros terá lugar em Minas Gerais e que os temas escolhidos foram os seguintes: 1) eritrodermias; 2) hemo-sideroses; 3) dermatoses profissionais.

Em seguida, encerra-se a sessão.

Sessão de 14-12-1950

EXPEDIENTE:

Durante o expediente, discutiu-se a situação dos membros da Sociedade em relação às eleições, dentro da Associação Médica de Minas Gerais. A eleição da nova diretoria da Sociedade, por unanimidade de votos, ficou adiada para a sessão seguinte.

ORDEM DO DIA:

TERRAMICINA NO TRATAMENTO DO GRANULONA VENÉREO — DR. JOSÉ MALHEIROS SANTOS e DRA. MARIA I. BERGO

Os autores referem-se ao êxito obtido com a terapêutica pela estreptomicina no granuloma venéreo, em trabalho anterior. Falam, a seguir, acêrca da terramicina, recentemente introduzida na terapêutica e agora, pela primeira vez, empregada no Brasil, no tratamento do granuloma venéreo.

Relatam a observação de um paciente portador desta doença venérea, datando de 7 anos. Iniciado o tratamento pela terramicina, na dose de 0,5 grama, de 6/6 horas, por via oral, até um total de 30 gramas, em 15 dias. No fim dêste tempo, o doente apresentava cicatrização total das lesões.

Os autores concluíram que, neste caso, a terramicina se mostrou muito eficiente, tendo as vantagens de maior facilidade de administração e ausência de fenômenos secundários.

DISCUSSÃO:

Dr. Francisco Neves — Indaga sôbre manchas observadas nas mãos do paciente, visíveis na fotografia.

Dr. J. Aleixo — Pensa que, no trabalho, deve haver referência ao serviço em que estava internado o doente. Pede esclarecimentos sôbre a instituição do tratamento anti-sifilítico, quando a bacterioscopia era positiva para o agente do granulona venéreo.

Dr. Orestes Diniz — Ressalta o espírito de pesquisa dos autores, salientando ser o primeiro ensaio brasileiro, no assunto.

Dr. José Malheiros Santos — Responde ao Dr. Neves que as manchas observadas nada mais são que defeitos de fotografias. Ao Dr. Josefino Aleixo, diz ter sido muito útil fazer-se o tratamento anti-sifilítico antes, porque limpou bastante as lesões de associação, ficando em maior evidência as lesões de granuloma venéreo.

Dra. Maria Bergo — Ressalta que a secreção pio-sanguinolenta, observada antes da terapêutica anti-sifilítica, desapareceu com a medicação; ao contrário, notou aumento da lesão anal.

Em seguida é encerrada a sessão.

Secção do Rio Grande do Sul

Sessão de 9-7-1952

Dando início aos trabalhos, o Dr. Ênio Campos declara aberta a sessão e convida o novo Presidente, Dr. José Pessoa Mendes, a assumir a direção da Casa, proferindo uma saudação ao colega que regerá os destinos da Sociedade no corrente ano.

A seguir, o Dr. Pessoa Mendes dá posse aos demais membros da diretoria: Dr. Clovis Bopp, 1.º Secretário, e Dr. Armin Bernhardt, Tesoureiro.

ORDEM DO DIA:

CASO DE PÊNFIGO FOLIACEO TRATADO PELO PENSO OCLUSIVO
(apresentação do doente) — DR. CLOVIS BOPP.

O pênfigo foliáceo é uma afecção raramente encontrada no Rio Grande do Sul, motivo por que é apresentado um novo caso, com o fim especial de revelar os resultados obtidos com o tratamento pelo penso oclusivo.

A. C. S., 6 anos, pardo, residente no interior do município de Osório. Baixou dia 12-11-51 à 5.ª Enfermaria (Cadeira de Dérmato-Sifilografia). Na ocasião encontrava-se doente há 10 meses, apresentando bolhas flácidas, a maioria rôtas, deixando uma superfície erosada, umedecida por exsudação abundante. Tôda a superfície cutânea estava comprometida, e coberta de escamas ou crostas sero-purulentas.

Maior intensidade da erupção na face, pescoço e couro cabeludo, onde é também mais acentuada a infecção secundária.

Sinal de Nikolsky fortemente positivo em qualquer região da pele.

Mucosas não comprometidas. — O doente apresentava intenso prurido e grande sensação de frio, motivada pela perda constante de grande quantidade de líquido.

A temperatura axilar oscilava entre 37º,5 e 38.º.

A doença se iniciara 10 meses antes, 24 horas após ter caído o paciente num poço contaminado com dejeções animais (sic); as eflorescências surgiram inicialmente na face, e posteriormente se propagaram ao resto da superfície cutânea.

Nos 6 primeiros meses na Enfermaria, o doente submeteu-se aos seguintes tratamentos: Percortol — Penicilina (8 milhões U) — Metoquina, interrompida por curtos intervalos, quando era muito acentuada a coloração amarela das mucosas — Cortisona durante 7 dias.

Não tendo havido qualquer melhora, resolvemos aplicar-lhe o penso oclusivo, que tão relevantes resultados proporciona nas queimaduras, combatendo a grande perda de plasma que é a responsável por grande número de sintomas nos acidentados pelo fogo.

Em 2-5-52 fizemos o 1.º penso oclusivo, o qual foi renovado com 10 a 15 dias de intervalo.

Até a presente data nosso doentinho fez 6 pensos.

A temperatura decaiu ao normal. A sensação de frio, como era natural, desapareceu, e o prurido diminuiu de intensidade.

O estado da pele melhorou, notando-se uma epitelização de grandes extensões da pele, especialmente do dorso, embora o sinal de Nikolsky ainda se mostre positivo. Durante êsse tratamento, foi eliminada tôda outra medicação, exceto o uso permanente de amino-ácidos (Proteinóide).

Pelos resultados obtidos, parece que o uso do penso oclusivo merece ser tentando novamente em casos semelhantes, pelo menos como medicação auxiliar no tratamento de tão grave afecção.

DISCUSSÃO:

Dr. Armin Niemeyer — Pergunta se a terapêutica pela cortisona não teria sido a causadora da melhora observada. Julga, outrossim, que tal terapêutica, no verão, deve ser intolerável.

Dr. Clovis Bopp — Os resultados obtidos com a cortisona são observados no decurso do tratamento. O paciente fez o 1.º penso 1 mês e meio após a cortisona.

SIFÍLIDE INTERTRIGINOSA (apresentação do doente) — DR. CLOVIS BOPP

A título de curiosidade é apresentado o doente A. S., branco, com 24 anos de idade. Baixou dia 8-7-52 à Enfermaria (Cadeira de Dérmato-Sifilografia), por sifílides erosivas na bôca e lesão erosiva, bem delimitada, exsudando abundantemente, localizada no 4.º espaço interdigital do pé D. Pesquisa do treponema pallidum positiva em serosidade desta lesão.

O doente tivera há 1 ano um cancro sifilítico, que tratou com 8 milhões U. de penicilina.

Há 5 meses teve novo concro (recidiva? ré-infecção?) insuficientemente tratado.

DISCUSSÃO:

Dr. Halley Marques — E' de parecer que um antigo intertrigo micótico interdigital possa predispor ao aparecimento dessa sifílide.

DERMATITE DE CONTACTO A MEIA NYLON — DR. ÊNIO CAMPOS

Cita a observação de um paciente de 60 anos, branco, que apresentava reação eritêmato-escamosa, muito pruriginosa, localizada em ambos os pés e 1/3 inferior das pernas, no exato limite ocupado pelas meias nylon.

O paciente passara a usar meias nylon há 6 meses, tendo notado o aparecimento dos sintomas logo após o uso das mesmas.

Com a eliminação dêsse contactante, os sintomas regrediram totalmente.

DISCUSSÃO:

Dr. Armin Niemeyer — O número de dermatites de contacto aos tecidos de nylon tende a aumentar com o uso cada vez maior de peças fabricadas com êsse material.

Dr. Clovis Bopp — Julga que no caso presente deva ter influído também o impedimento da evaporação do suor que a meia nylon parece provocar.

Dr. Ênio Campos — Refere ter visto recentemente, por ocasião da visita à Cátedra de Dérmato-Sifilografia de Buenos Aires, um caso de dermatite de contactos à meia nylon, apresentado pelo Prof. Quiroga. Agradeceu os comentários.

Bibliografia Dermatológica Brasileira

Púrpura de Schonlein-Henoch tratada pelo ACTH. Ariovaldo C. Carvalho e Emil Sabbaga. Rev. paulista de med., 40:348(maio),1952.

O mecanismo imunológico da anafilaxia e alergia. F. W. Eichbaum. Rev. paulista de med., 40:407(jun.),1952.

Contribuição à terapêutica do granuloma paracoccioidico, forma generalizada. Edmundo Bittar. Arq. méd. municipais, 4:5(mar.),1952.

Caracteristica morfológica dos neurinomas ganglionares sarcomatosos do antebraço. N. V. Vdovina. Imprensa-méd., 27:35(dez.),1951.

Nicotiamida e psicoses pelagrosas. Frederico Rêgo Neto. Imprensa-méd., 27:37 (dez.),1951.

Dermatoses por levedos (leveduroses). Armin Niemeyer. Rev. méd. Rio Grande do Sul, 8:230,1952.

Estudo sôbre o pityrosporum ovale. Cândido Silva, Glyne Leite Rocha, A. Oliveira Lima e Masao Goto. Hospital, Rio de Janeiro, 42:11(jul.),1952.

Lipodistrofias insulinicas, insulino-resistência e distonia diabética. Alvino de Paula. Rev. brasil. med., 9:77(fev.),1952.

As doenças venéreas nos Centros de Saúde da capital do Estado de São Paulo em 1948-1949-1950. Vicente Z. Mammana e Manuel T. Hidal. Arq. de Hig. e Saúde Pública, 50:267(dez.),1951.

Cromonecrose e dermatoses similares. D. Peryassú, Brum Negreiros e Pontes de Carvalho. Brasil-méd., 66:331(7 e 14-jun.),1952.

Caso de esporotricose tratado pelo antimonato de N-metilglucamina. Luis Batista, Norberto Belliboni e Raimundo Martins Castro. Rev. paulista de med., 41:24(jul.),1952.

Nesta lista bibliográfica são incluídos os trabalhos sôbre dérmato-sifilografia e assuntos correlatos, elaborados no país ou fora dêle, porém publicados nos periódicos nacionais por nós recebidos.

Análises

CROMONECROSE E DERMATOSES SIMILARES. D. PERYASSÚ, E. BRUM NEGREIROS e PONTES DE CARVALHO. Brasil-méd., 66:331(7 a 14-jun.), 1952.

Os AA. consideram uma ação irritante primária do cromo, produzindo cromonecrose e um processo de hipersensibilidade determinando as cromo-alergoses.

Apresentam 5 observações, sendo 2 acompanhadas de exame histopatológico e de "patch-test" ao bicromato a 0,5 %.

Êste teste positivo não é uma explicação para o mecanismo patogênico.

H. O. Cunha

ESTUDOS SÔBRE O PITYROSPORUM OVALE. I — AÇÃO PATOGÊNICA. CANDIDO SILVA, GLYNE L. ROCHA, A. OLIVEIRA LIMA e MASAO GOTO. *Hospital*, Rio de Janeiro, 42:11(jul.),1952.

Com o propósito de verificar eventual ação patogênica do P. ovale, foram inoculados, por 3 métodos diferentes, 50 indivíduos adultos.

Os resultados obtidos foram inteiramente negativos e confirmam a crença de muitos dermatologistas de que o P. ovale deve ser considerado apenas como um dos fungos saprófitas normalmente encontrados na pele.

Resumo dos autores.

LOMIDINE NO TRATAMENTO DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR. YVES P. SILVA. *Hospital*, Rio de Janeiro, 42:261(ag.),1952.

O autor experimentou a lomidine em 9 casos, todos com ótimo resultado. Em geral, a tolerância foi perfeita, com exceção de 2 casos, em que se manifestaram acidentes passageiros. Por isso, acha recomendável a lomidine, principalmente em casos resistentes às medicações antimonial e arsenical e quando houver contra-indicação para tais tratamentos.

Resumo do autor

TRATAMENTO DOS ANGIONAS. RESUMO DE 20 ANOS DE EXPERIÊNCIAS NO CENTRO MÉDICO PRESBITERIANO DE COLUMBIA (TREATMENT OF ANGIOMAS. SUMMARY OF TWENTY YEARS EXPERIENCE AT COLUMBIA PRESBYTERIAM MEDICAL CENTER). GEORGE C. ANDREWS, ANTHONY N. DOMONKOS e CHARLES F. POST. *Am. J. Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine*, 67:273(fev.),1952.

O trabalho versa sôbre 1.239 casos de angiomas, tratados no Serviço Hospitalar frequentado pelos autores e na sua clínica particular.

Bons resultados podem ser obtidos, em certos casos, sobretudo em condições especiais, com raios roentgen, injeções esclerosantes, neve carbônica e mesmo extirpação cirúrgica.

Entretanto, na maioria das vêzes acham os autores que o melhor processo de tratamento dos angiomas é por meio dos raios gama do rádio, aplicados segundo técnica que enunciam, detalhadamente.

E' aconselhável tratar-se os angiomas logo que são vistos, sem maior perda de tempo. Nos casos em que há ulceração e infecção, é indicado o uso da penicilina.

Os resultados obtidos pelos autores são demonstrados por meio de ilustrações convincentes.

A. PADILHA GONÇALVES

TRATAMENTO DA SIFILIS RECENTE COM PENICILINA E SUBSALICILATO DE BISMUTO (THE TREATMENT OF EARLY SYPHILIS WITH PENICILLIN AND BISMUTH SUBSALICYLATE) — OSWALDO A. PARDO e V. PARDO CASTELLO. *Am. J. Syph. Gonor. & Ven. Dis.* 36:342(jul.),1952.

Cento e sessenta e cinco pacientes, com sífilis recente, foram tratados com penicilina e subsalicilato de bismuto, por meio de 3 diferentes esquemas designados como A, B, e C. Pelo esquema A, que consistiu em 10 milhões de unidades de penicilina cristalina G, em solução aquosa, em injeções diárias de 500.000 unidades, mais 10 a 20 doses de bismuto, sendo duas por semana, foram tratados 101 doentes. Pelo esquema B, constituído por 6.000.000 de unidades de penicilina cristalina G em solução aquosa, em injeções diárias de 300.000 unidades, mais duas injeções de bismuto por semana, até o total de 10, foram tratados 44 casos. Pelo esquema C, que era igual ao esquema B, apenas sendo substituída a penicilina cristalina pela penicilina G procaina em óleo (Duracillin), foram tratados 20 casos.

O estudo baseia-se na crença de que não são necessárias concentrações sanguíneas constantes de penicilina, para se obter bons resultados no tratamento da sífilis recente, desde que seja usada uma quantidade adequada de penicilina, durante um perodo mais longo que o habitual. O bismuto talvez aumente a eficiência do método.

Alguns casos tiveram reações de Herxheimer muito moderadas (febre e agravações discretas das lesões).

Com o esquema A, 93,5 % dos pacientes se tornaram ou se mantiveram sôro-negativos. Com o esquema B, isto sucedeu em 86,2 % dos casos, e, com o esquema C, em 87,5 %.

Os resultados obtidos, além de robustecerem a hipótese pré-formulada, mostram que as formas de penicilina de absorção retardada não são superiores às soluções aquosas e que o bismuto provàvelmente reforça a ação terapêutica de qualquer esquema de penicilinoterapia da sífilis recente.

A. PADILHA GONÇALVES

CONTRIBUIÇAO AO ESTUDO DA TRANSFORMAÇAO HISTIOCITARIA DOS FIBROBLASTOS DO DERMA NO HOMEM (CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TRANSFORMATION HISTIOCYTAIRE DES FIBROBLASTES DU DERME CHEZ L'HOMME). J. CHARPY e A. STAHL. *An. de dermat et syph.*, 79:257 (maio-jun.), 1952.

Os AA. citam uma série de trabalhos a favor e contra a transformação histiocitária dos fibroblastos.

Em experiências pessoais, com injeções intradérmicas duma solução de cortisona, mostram que o sal sódico de carbosymethil celulose, que entra na composição do solvente, provoca a aparição e acúmulo de graxa no citoplasma dos fibrocitos, que prova uma atividade histiocitária caracterizada. Vêem-se células tornarem-se esféricas, móveis, idênticas aos histiócitos típicos.

Resumo dos autores.

TRANSPLANTE DE ENXERTOS NO VITILIGO (EXCHANGE GRAFTS IN VITILIGO). GERALD A. SPENCER e JESSE A. TOLMACH. *J. Invest. Dermat.* 19:1(jul.),1952.

Num caso de vitiligo, foram feitos transplantes de pele de uma placa de vitiligo para uma zona de pele sã e de pele sã para uma placa de vitiligo, sendo observados os resultados durante 17 meses.

No primeiro caso, a pele enxertada conservou a acromia, tendo mesmo esta atingido as zonas vizinhas de pele sã. No segundo transplante, a pele sã manteve-se pigmentada, dentro da área de vitiligo.

A. PADILHA GONÇALVES

LUPUS EXANTEMÁTICO E GRAVIDEZ (LUPUS EXANTEMATICO Y EMBARAZO). LUIS A. CORDIVIOLA, FELIX E. AMBROSETTI e HEITOR S. CABALLERO. *Rev. argent. dermatosif.*, 36:34(jan.-jun.),1952.

Os AA. consideram de interêsse apresentar dois casos de lupus exantemático em relação com a gravidez. O primeiro, que começa no 3.º mês de gestação, se agrava em seguida ao parto e terminando com a morte. O segundo, lupus eritematoso fixo, melhorado com o tratamento, que recidiva após a gestação, com peoramento após o parto, indo ao êxito letal.

H. O. CUNHA

HIDRO-ARSENICISMO CRÔNICO REGIONAL ENDÊMICO (HACRE). SUAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS (HIDROARSENICISMO CRONICO REGIONAL — HACRE. SUS MANIFESTACIONES CLINICAS. HENRIQUE E. TELLO. Córdoba. Imprenta de la Universidad, 1951.

O autor congrega, nessa obra, sua longa experiência sôbre a intoxicação crônica arsenical, que ocorre nos habitantes da Provincia de Córdoba (Argentina), devido ao teor elevado de arsênico existente na água consumida naquela região.

De início, é feito um estudo sôbre o arsênico no que mais se relaciona ao assunto focalizado, incluindo sua farmacodinâmica. Em seguida, encontra-se a geografia de Córdoba e do arsenicismo crônico.

Nos capítulos III e IV é abordado o hidroarsenicismo crônico regional endêmico, pròpriamente dito. E' feita a definição da doença, tecidos comentários gerais, são focalizados os sintomas prodrômicos, e, separadamente, as manifestações principais (melanodermia, queratodermia, lesões dos faneros, dos dentes, dos olhos, e outras manifestações).

As lesões queratodérmicas são particularmente bem descritas e estudadas.

O capítulo V é dedicado à importante questão das ligações entre o arsenicismo crônico regional e as lesões pré-cancerosas, e o capítulo seguinte encara o câncer arsenical experimental.

O livro é confeccionado com capricho, bem impresso, o assunto bem distribuído e fartamente ilustrado, por meio de 118 figuras, e a bibliografia corretamente organizada, recomendando-se aos interessados no tema.

A. Padilha Gonçalves

Notícias e Comentários

E D I T O R I A L

É sediço nos tempos que correm o invocar-se o famoso juramento de Hipócrates, com o fito de coagir os médicos a arrefecerem o entusiasmo nas lides por sua emancipação econômica.

Paramentando-se a profissão médica de aura sacerdotal, afirma-se que no seu exercício se vedam recursos extremos, cabíveis na defesa de quaisquer outras classes.

Ainda há pouco, por motivo da nossa Jornada de Protesto, vimo-nos acoimados de perjuros. Muito se alardeou o apostolado profissional, para jungir os esculápios ao conformismo e à submissão.

Em primeiro lugar, é de mister aluir de uma vez por tôdas com êsse conceito medieval. À luz do bom senso, esbateu-se na era coetânea o halo de santidade aposto ao ofício da medicina. Em nossos dias, a classe médica se não sobrepõe a qualquer outra. Luta igualmente pela vida, expõe-se aos mesmos percalços e sofre os mesmos dissabores. Ousaria, mesmo, afiançar, não se lhe deve aferir a dignidade em detrimento das congêneres. A estas, porém, vanguardeia no parasitismo de que tem sido vítima, graças à socialização unilateral. Somos explorados pelos governos demagógicos, e ora se nos procura comprar a sujeição, mercê da rôlha falsamente imposta pela jura milenar.

Em que e por que desrespeitámos tal compromisso? Memoremos o juramento hipocrático, tão pouco conhecido:

> *"Prometo que*
>
> *ao exercer a arte de curar me mostrarei sempre fiel aos preceitos da honestidade, da caridade e da ciência;*
> *penetrando no interior dos lares, meus olhos serão cegos, minha língua calará os segredos que me forem revelados, os quais terei como preceito de honra;*
> *nunca me servirei da medicina para corromper os costumes ou favorecer o crime.*

Se eu cumprir
êste juramento com fidelidade, goze a minha vida e a minha arte com boa reputação entre os homens e para sempre.
Se dêle me afastar ou infringir, suceda-me o contrário.

Hipócrates *(400 A. C.)*

À vista do exposto, onde vislumbrar o perjúrio? No dia aprazado, funcionaram normalmente os serviços de Pronto Socorro e Maternidade. As equipes de plantão atenderam com eficiência aos casos urgentes. Quando muito, foram adiadas de 24 horas as consultas para as quais se não requeria presteza. O movimento valeu como admoestação de uma grei espoliada por governantes cegos da razão.

Por ventura, o protesto formal ensejado nessa greve simbólica infringiu os "preceitos da honestidade, da caridade e da ciência"? Haverá contribuido para "corromper os costumes ou favorecer o crime"?

E, desde que não deixou de cumprir-se com fidelidade o juramento, prossigam a gozar os médicos a sua vida e a sua arte "com boa reputação entre os homens e para sempre"...

PERILO PEIXOTO.

Curso de Dermatologia

Sob os auspicios da Escola de Aperfeiçoamento Médico da Policlinica Geral do Rio de Janeiro e organizado pelo Departamento de Dermatologia da mesma instituição, será realizado, de 6 de janeiro a 6 de fevereiro vindouros, um Curso de Dermatologia, dirigido pelo Chefe do citado Departamento, Professor J. Ramos e Silva, e tendo como Professôres Assistentes os Doutores Demétrio Peryassú, A. Padilha Gonçalves e E. Brum Negreiros.

X Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros

De acôrdo com o deliberado na IX Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros, realizada em São Paulo, em dias de setembro último, a X de tais Reuniões terá lugar em Curitiba, em setembro de 1953, com os seguintes temas:

a) esporotricose;

b) pruridermias (pruridos e prurigos);

c) sessão clinica (apresentação de casos clinicos do Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná).

III Reunião do Colégio Ibero-Latino-Americano de Dermatologia

O Prof. J. Gay Prieto, presidente do Colégio Ibero-Latino-Americano de Dermatologia, em carta dirigida ao presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, anunciou que, na primeira semana de outubro de 1953, será realizada, em Madrid, a III Reunião do referido Colégio, a qual coincidirá com o VI Congresso Internacional de Lepra.

A mencionada Reunião durará um dia e terá caráter estritamente científico, pretendendo o Prof. Gay Prieto fazer publicar um volume com os trabalhos que forem apresentados. O tema oficial será "o problema da melanina". Tôdas essas disposições estão, porém, dependentes da aprovação das Sociedades filiadas ao Colégio, e, tão pronto isto suceda, serão divulgados maiores detalhes a respeito do certame projetado.

Anais da VI Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros

Com muito bôa apresentação tipográfica e interessante material científico, acaba de ser editado, pela Seção de Pernambuco da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, o volume relativo à VI Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros, realizada no Recife, em 1949, a cargo daquela Seção e para o estudo dos seguintes temas: *a*) bouba; *b*) disqueratose; *c*) piodermites.

Doenças venéreas

ATIVIDADES DO SERVIÇO DE DOENÇAS VENÉREAS DA PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL

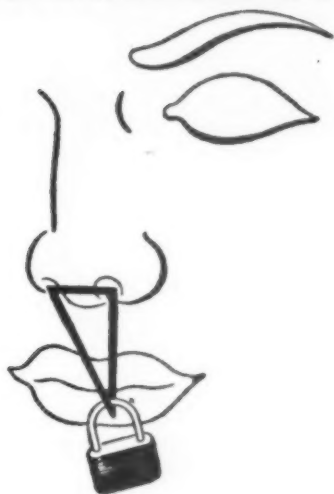
MÊS DE JUNHO DE 1952

Casos de doenças venéreas diagnosticados	872
Casos de sífilis	245
Casos de gonorréia	386
Casos de cancro venéreo	196
Casos de linfogranuloma	44
Casos de granuloma venéreo	1
Total de consultas	6.454
Injeções aplicadas	9.860
Sendo de penicilina	3.487
Exames de laboratório	3.342
Sendo de reações sorológicas	3.342
Visitas para recuperação de faltosos e investigação de contatos	119

MÊS DE JULHO DE 1952

Casos de doenças venéreas diagnosticados	935
Casos de sífilis	273
Casos de gonorréia	412
Casos de cancro venéreo	183
Casos de linfogranuloma	35
Casos de granuloma venéreo	2

Total de consultas	6.970
Injeções aplicadas	12.584
Sendo de penicilina	4.720
Exames de laboratório	3.124
Sendo de reações sorológicas	3.124
Visitas para recuperação de faltosos e investigação de contatos	120

Nota — Estes dados foram extraídos dos 13 Dispensários, do Hospital Eduardo Rabello (C.T.R.), do Laboratório do S.D.V., e do Serv. de Investigação Epidemiológica, que compõem o Serviço de Doenças Venéreas da P.D.F.

antialérgico
químio-biológico

HIPOSULFOL

EXTRATO TOTAL E AMINO-ÁCIDOS EXPLÊNICOS
EXTRATO TOTAL E AMINO-ÁCIDOS HEPÁTICOS
HIPOSSULFITO DE MAGNÉSIO

INTRAMUSCULAR

1 EMP. DIARIA
(CX. DE 6 EMP., DE 5 CC)

LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS HORMUS LTDA.
PRAÇA DA BANDEIRA, 200 — DEP. DE PROPAGANDA 28-3114
RIO

ANTISIFILÍTICO E
TÔNICO NERVINO.
POR EMPÔLA DE 2 c. c.
0,145 DE FOSFATO DE BIS-
MUTO EQUIVALENTE A:
BISMUTO METÁLICO . . . 0,10
FOSFATO DE SÓDIO . . . 0,10
FOSFOBISMOL
LABORATÓRIO GROSS RIO DE JANEIRO

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, os quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas secções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 120,00, para o Brasil, e Cr$ 140,00, para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 35,00, na época, e de Cr$ 40,00, quando atrazado.

Tôda a correspondência, concernente tanto a publicações como a assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao encarregado geral, Sr. EDEGARD GOMES, por intermédio da caixa postal 389, Rio de Janeiro (telefones: 32-1347 e 42-6540).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando, consequentemente, à propriedade plena dos seus autores. Ésses trabalhos deverão ser datilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o endereço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Cummulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês, ou dia e mês, se o periódico for semanal, e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor, título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo dos mesmos.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes, bem como as que forem coloridas, correrão por conta dos autores, que serão consultados a respeito. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA não serão responsáveis nem solidários com os conceitos ou opiniões emitidos nos trabalhos nêles publicados.

A abreviação bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat. e sif.*

VOL. 27 (1952) — N. 4 (Dezembro)

TERAPIA DERMATOLOGICA
ESCABIOSE
E OUTRAS PARASI-
TOSES CUTANEAS
ECZEMAS AGUDOS E
SUB-AGUDOS
PRURIGOS PRURIDOS
ECZESAN
KERATOLIT
ACNE, ECZEMAS SE-
BORRÉICOS FOLICULI-
TES PITIRIASIS VER-
SICOLOR ERITRASMA
DERMITES ERITEMAS
QUEIMADURAS DE SOL
E TODOS OS PROCES-
SOS EXSUDATIVOS
DA PELE
EPICUTAN
LEUCODERMA
RACHADURAS DOS
SEIOS ERUPÇÕES
DA PELE E DERMA-
TOSES DOS BEBÊS
ACNE HYPERTRICOSE
PRURIDO VULVAR
HYPOPLASIA MAMÁRIA
ESTROBIOL
PSOROSAN
PSORIASIS. ECZEMAS
SECOS E CRÔNICOS,
LIQUENIFICAÇÕES
ÚLCERAS VARICOSAS,
ÚLCERAS TÓRPIDAS
ESCARAS DE DECÚBITO
KATELKOS
ULTRACUTAN
PIODERMITES IMPETI-
GENS ECZEMAS INFE-
TADOS E FERIDAS
SUPURADAS
LABORATORIOS BIOSINTETICA S. A.
SÃO PAULO - Praça Olavo Bilac, 105 - Fone 5-5621
JORNAL DO COMMERCIO - Rodrigues & C. - Av. Rio Branco, 117 - Rio de Janeiro - 1953